FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No 43

Contribution à l'étude des poussées inflammatoires des "Appendices Restants"

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 5 Novembre 1943

PAR

Pierre MILLET

Né le 7 Mai 1913 à Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. FIOLLE	*Président*
	RECORDIER MOIROUD LUCCIONI	*Assesseurs*

Editions M. LECONTE
98. Cours Lieutaud 98
MARSEILLE
— — — 1943 — — —

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

Contribution à l'étude des poussées inflammatoires des "Appendices Restants"

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Novembre 1943

PAR

Pierre MILLET

Né le 7 Mai 1913 à Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — MM. FIOLLE, MOIROUD, RECORDIER, LUCCIONI — *Assesseurs*

Editions M. LECONTE
98. Cours Lieutaud 98
MARSEILLE
— — — 1943 — — —

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE

DE

MEDECINE GÉNERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL. *Assesseur :* F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE. OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargés de Cours honoraires : TIAN,

Secrétaire : J. COMTE *Bibliothécaire :* Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	N...
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale.	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIERE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N....
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	CHEVALIER
Thérapeutique	POINSO.
Professeur sans chaire	DUBOULOZ
Professeur sans chaire	SAUTET
Professeur sans chaire	POURSINES

Chargés de cours

Clinique dermatologique ..... VIGNE
Hydrologie clinique et thérapeutique ..... PIERI

Agrégés en exercice

MM.	MM.
BERTHIER	DELPHAUT
BALANSARD	R. IMBERT
BRAHIC	PAILLAS
FIGARELLA	AUDIER
ARNOUX	DOR
CHOSSON	RECORDIER
	SALMON

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale ..... DERRIEN
Physiologie ..... DONNET
Physique ..... ROUX

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique ..... SALMON
Chimie minérale ..... ARNOUX
Clinique de la tuberculose ..... BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses ..... PERIOT
Clinique chirurgicale infantile ..... IMBERT
Clinique stomatologique ..... ACHARD
Clinique gynécologique ..... FIGARELLA
Médecine opératoire ..... DOR
Microbiologie (Pharmacie) ..... BOYER
Neuro-Chirurgie ..... ARNAUD
Obstétrique ..... CHOSSON
Pharmacodynamie (Pharmacie) ..... DELPHAUT
Psychiatrie ..... ALLIEZ
Toxicologie ..... GUILLOT

Ce travail personnel, je le dédie

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Robert MILLET

Sa vie est un exemple d'honnêteté et de droiture, que je m'efforcerai de suivre, fort de la confiance qu'il avait mise en moi.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

Marthe FOURNIER

C'est à sa patience, à son dévouement inlassable, à son esprit, que je dois mes premiers succès.

Ils auraient aimé assister au couronnement de mes études. Ils m'ont donné le meilleur d'eux-mêmes... Je leur dois tout.

Que leur mémoire trouve ici les marques de mon éternelle reconnaissance.

A MA MERE

Suzanne MILLET

Sa tendresse m'a soutenu dans toutes mes épreuves. Qu'elle trouve ici la récompense de ses innombrables sacrifices.

A MA SŒUR

Marguerite MILLET

Sa sensibilité, la compréhension délicate de son âme d'artiste, ont été pour moi le meilleur des soutiens.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean FIOLLE

Vous m'avez fait le très grand honneur de bien vouloir présider mon Jury de thèse.

Permettez-moi de vous exprimer ici mon admiration et toute ma reconnaissance.

A MON JURY DE THESE

Monsieur le Professeur MOIROUD
Professeur de Pathologie Chirurgicale

Monsieur le Professeur RECORDIER
Professeur agrégé

Monsieur le Docteur LUCCIONI
Chirurgien des Hôpitaux

Respectueusement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur V. AUDIBERT
Professeur de Clinique Médicale

Monsieur le Professeur F. CARCASSONNE
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile

dans le service desquels j'ai eu l'honneur de faire fonction d'externe.

Monsieur le Professeur R. IMBERT
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile

dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne à l'Hôpital Régional d'Aubagne

A Monsieur le Docteur H. LLUCIA

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital d'Aubagne

J'ai eu l'honneur d'être son interne à l'Hôpital Régional d'Aubagne. Il m'a soutenu pendant mes dernières années d'étude, qu'il daigne trouver ici les marques de mon amicale et respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur G. MOCKERS

Chef de Clinique Médicale à la Faculté

Il m'a préparé aux Cliniques, et m'a constamment aidé de ses conseils. Je l'assure de mon indéfectible reconnaissance.

A Monsieur le Docteur E. GUITTON

Les liens qui l'unissaient à mon père, et l'amitié qu'il m'a toujours témoignée, m'ont été d'un précieux concours.

Qu'il me soit permis de lui témoigner ici mon affectueux attachement

A Monsieur le Médecin Général L.-F. SOLLIER
Chirurgien des Hôpitaux Coloniaux

A mon Ami, le Docteur J. JEAN-LOUIS
Médecin-Lieutenant des Troupes Coloniales

en captivité.

AUX CHEFS DE SERVICES

DE L'HOPITAL D'AUBAGNE

Monsieur le Docteur J. GAIMARD

Monsieur le Docteur M. PARREL

Monsieur le Docteur A. LEGER
Médecin Commandant E. R. des Troupes Coloniales

Monsieur le Docteur PREVOT
Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté

Monsieur le Docteur H. JOURDAN
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

A LA MEMOIRE DE MA MARRAINE

Jeanne AUBERT

Elle a charmé mon enfance, et m'a donné les preuves d'un attachement profond. Son souvenir ne sera jamais effacé.

A MON ONCLE

Paul MILLET

A MA TANTE

A MES COUSINES

A MES COUSINS

A MES SŒURS DE LA COMMUNAUTE
DE SAINT-THOMAS DE VILLENEUSE

Religieuses Infirmières de l'Hôpital d'Aubagne

A Monsieur A. GOFFREDO
Directeur de l'Hôpital d'Aubagne

Il m'a témoigné, pendant quatre années, un intérêt croissant, je l'en remercie et l'assure de toute mon amitié.

A Mademoiselle L. CAREGHI
Sage-femme de l'Hôpital d'Aubagne

Elle m'a aidé de ses conseils éclairés, fruit d'une grande pratique obstétricale. Je la prie de croire à toute ma reconnaissance.

A MES CAMARADES DU PELOTON DES E.O.R.

A MES CAMARADES EN CAPTIVITE

A MES CAMARADES DE COMBAT
DE LA COMPAGNIE DU GENIE 115/2

AU PERSONNEL DIRIGEANT DE L'HOPITAL D'AUBAGNE

A TOUS CEUX QUI, DE CŒUR, SONT MES AMIS

Plan de l'ouvrage

CHAPITRE I : Avant-Propos.
Définition.
Rappel anatomique.
Rappel histologique.
Introduction.

CHAPITRE II : Observations cliniques.

CHAPITRE III : Conditions pathologiques et évolution des appendices laissés « in situ ».

CHAPITRE IV . Conclusions générales.
Conclusions thérapeutiques.

Abréviations

(employées dans la thèse)

A.G.	Anesthésie générale.
R.A.R.	Rhumatisme articulaire aigu.
T.V.	toucher vaginal.
T.R.	toucher rectal.
A.P.	Anatomie pathologique.

Définition

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un malade porteur des signes majeurs d'appendicite aiguë ou suraiguë, il doit avoir recours, sans tarder, à l'intervention d'urgence, seule capable de sauver le malade, c'est-à-dire l'appendicectomie.

Cependant, au cours de l'intervention, il peut arriver, soit à cause de la situation anatomique de l'organe, soit à cause du degré d'évolution des lésions, soit pour une raison opératoire quelconque, que le chirurgien soit appelé à ne pas remplir les conditions de l'intervention.

Très souvent, en effet, l'appendice doit être laissé en place pour ne pas faire courir au malade de risques inutiles. On se trouve alors en présence d'un « appendice restant ».

Avant-Propos

Il est peu de questions, qui, en pathologie chirurgicale, aient été aussi longuement étudiées et aussi souvent exposées, que celle des appendicites aiguës avec abcès appendiculaire à rechûte.

Aussi, dans cette courte étude, nous n'aurons pas la prétention de jeter un jour nouveau sur ce sujet, mais seulement d'attirer l'attention sur les désordres que peut entraîner le maintien en place d'un appendice vermiculaire ayant été le siège d'une première poussée inflammatoire.

Le but que nous nous proposons sera donc d'examiner, à l'aide d'un certain nombre d'observations cliniques, les différentes manifestations pathologiques produites successivement, sur un même appendice, et nous nous efforcerons d'en tirer des conclusions thérapeutiques.

Obligé par les évènements actuels de terminer rapidement cet ouvrage, j'ai esquissé les quelques pages suivantes. Elles représentent à peine le plan d'une contribution beaucoup plus importante, que j'avais espéré mener à bien, à la fin de mon Internat. Pressé par le temps, j'ai dû rassembler mes notes à la hâte, et n'ai pu envisager que les grandes lignes de ce sujet ; cette thèse sera une thèse de guerre.

Je n'exposerai donc ici qu'un recueil de faits, qui pourra être utile plus tard à ceux des chercheurs que la question est susceptible d'intéresser.

Je me ferai un devoir de remercier ici Messieurs les Professeurs : Fiolle, Moiroud, Bourde, Carcassonne, et Messieurs les Docteurs : De Vernejoul, Marcel Arnaud, Luccioni, et Llucia, de m'avoir permis l'utilisation de leurs dossiers cliniques, et de leurs protocoles opératoires.

Je tiens à remercier également Monsieur le Professeur Recordier des conseils éclairés qu'il m'a donnés.

Au cours de cette étude, après avoir défini les « appendices restants » nous étudierons leurs conditions pathologiques, l'évolution de ces appendices laissés en place, et, enfin, au cours de notre conclusion, nous essaierons de déterminer la conduite à tenir, en présence de ces cas particuliers des interventions chirurgicales.

Introduction

Quand, au cours d'une intervention pour appendicectomie, le chirurgien se trouve en présence d'un volumineux abcès appendiculaire, qui l'oblige à se retirer sans avoir trouvé l'appendice en cause, ou à en laisser un fragment et à se contenter de drainer, on pourrait croire que l'organe nécrosé ou sclérosé est incapable de provoquer une seconde poussée inflammatoire.

L'appendice peut, cependant, encore être frappé d'une nouvelle infection accompagnée des mêmes manifestations.

Au cours de cet exposé, nous allons essayer de voir, à la lumière d'observations cliniques, ce que vont devenir les appendices vermiculaires laissés en place, dans certaines conditions pathologiques.

Comme nous serons obligés de faire appel, de temps à autre, à des considérations d'ordre anatomique et histologique, nous nous permettrons de faire un bref rappel anatomique et histologique de l'appendice.

Rappel anatomique

L'appendice cæcal ou vermiculaire se présente sous la forme d'un petit tube cylindrique, de 8 à 10 centimètres de long, presque toujours flexueux, qui s'implante sur la partie inférieure du cæcum, et le continue.

Rapports. — C'est d'après la situation relative au cæcum, que l'on étudie ordinairement les rapports de l'appendice.

Lorsqu'il s'agit d'un appendice descendant, les rapports se font en arrière avec le muscle psoas et le péritoine, en avant et en dedans avec la masse de l'intestin grêle, tandis que son extrémité inférieure repose sur les vaisseaux iliaques externes.

Lorsque l'appendice est externe, il repose sur le muscle iliaque, longeant la portion externe du cæcum et recouvert par la paroi abdominale antérieure.

S'il s'agit d'un appendice interne, il longe la partie inférieure de l'Iléon.

Enfin, dans le cas d'un appendice rétro-cæcal ascendant, la partie supérieure de l'organe est en rapport avec la paroi lombaire, le tissu périrénal, et quelquefois, le rein lui-même.

Mais, quelle que soit la position de l'appendice, les rapports les plus intimes sont toujours contractés avec le péritoine. Sur l'appendice, le péritoine se comporte absolument comme sur une anse intestinale grêle, il l'entoure sur presque tout son pourtour, et s'adressant à lui-même, au niveau d'un de ses bords, il forme un véritable méso, le méso-appendice, qui rattache l'organe en question, d'une part au cæcum, d'autre part à la portion terminale du mésentère, et dans lequel circulent des vaisseaux.

Irrigation. — L'irrigation de l'appendice est assurée :

1° - par l'artère appendiculaire, qui est le plus souvent unique, dont le trajet est à peu près constant. Après son origine, elle passe derrière l'iléon, engagée dans le méso-appendice qui la supporte. Elle est située, tout d'abord, au large de l'organe, en général à plus d'un centimètre. En ce point, l'appendice est à peu près horizontal, son méso est

large. L'artère est le plus souvent à gauche. Progressivement, elle se rapproche de l'appendice, et l'atteint à très peu de distance de la pointe, pour pénétrer dans ses tuniques.

L'artère appendiculaire donne, au cours de son trajet, des rameaux fins au nombre de deux à six. Chacun de ces rameaux, avant de se terminer dans l'organe, se divise en deux ou trois rameaux secondaires, qui n'anastomosent parfois, dessinant contre l'appendice, une arcade juxta-appendiculaire miniature.

2° - par la veine appendiculaire, qui reçoit, comme affluent, outre les rameaux qui émanent de l'appendice lui-même, deux autres rameaux qui proviennent, l'un de la face antérieure du cæcum, l'autre de la face antérieure de l'iléon.

3° - par des lymphatiques appendiculaires, au nombre de trois ou quatre, qui cheminent dans l'épaisseur du méso-appendice, en allant du sommet vers la base, comme le fait la veine appendiculaire. Ils se jettent dans un certain nombre de ganglions qui, comme eux, occupent le méso-appendice, et que l'on désigne sous le nom de ganglions appendiculaires.

Rappel Histologique

Comme toute partie du gros intestin, la structure de l'appendice comprend quatre tuniques concentriques, qui sont, de dehors en dedans :

1° — la séreuse ou péritoine.
2° — la musculeuse.
3° — la sous-muqueuse.
4° — la muqueuse.

La muqueuse de l'appendice, qui nous intéresse surtout, se compose d'un épithélium cylindrique, un stroma réticulé de très nombreux follicules clos, une « muscularis mucosae » et des glandes en tubes. Nous ajouterons que la sous-muqueuse est très épaisse, qu'elle est formée par du tissu conjonctif très serré et à peu près dépourvu de fibres élastiques.

Le grand développement de son appareil lymphoïde, tel est le principal caractère de la muqueuse de l'appendice. Cet appareil est essentiellement constitué par des follicules clos, si nombreux et si volumineux qu'ils sont pour ainsi dire au contact les uns des autres, et qu'ils occupent, à eux seuls, toute la muqueuse. On a pu dire, non sans raison, que leur ensemble représentait comme une seule et unique plaque de Peyer, allant d'un bout à l'autre de l'appendice.

La base des follicules est très rapprochée de la surface extérieure de l'appendice, tandis que la tête, plus ou moins arrondie, fait saillie dans la lumière du conduit.

Dans l'épaisseur des travées interfolliculaires, se trouvent un certain nombre de cryptes de Lieberkühn, des vaisseaux sanguins, et de grands capillaires lymphatiques.

Observations Cliniques

Cas dans lesquels "L'Appendice Restant" a gardé ses connexions avec le cœcum

Observation I

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Fiolle.

Appendicectomie secondaire à un abcès.

Madame M..., 25 ans, a été opérée, avant la guerre (1914) à l'Hôtel-Dieu, d'un abcès appendiculaire, incisé et drainé, et dont les suites ont été normales.

La malade vient consulter, en 1925, pour une éventration douloureuse.

Depuis 1914, la malade n'a plus jamais présenté d'épisodes aigus à type appendiculaire.

Intervention le 27 mai 1925. Ablation de la cicatrice, dégagement de l'épiploon adhérent et du cæcum, on découvre un gros appendice adhérent et tuméfié. Appendicectomie en enfouissement, cure de l'éventration, suites normales.

Observation II

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Fiolle.

Abcès appendiculaire, incision, occlusion intestinale trois mois après par bride, section de la bride, guérison sans appendicectomie.

Monsieur A..., 24 ans, fait une crise d'appendicite aiguë, et n'accepte l'intervention qu'au 7e jour. Température à 39°5, grosse tuméfaction para-médiane droite.

Intervention, le 27 juillet 1925, sous A. G. éther, incision pararectale droite sur la tuméfaction.

Le péritoine est libre, l'abcès est postérieur. On réalise une protection soignée, et on cherche à libérer le cæcum, on ouvre un énorme abcès fétide, il semble qu'on aperçoive l'insertion cæcale de l'appendice sectionné ; le reste est méconnaissable. Mise en place de drains et de mèches.

Les suites sont favorables, et le malade quitte le service complètement cicatrisé.

Le 7 octobre 1925, le malade doit être opéré à nouveau pour occlusion intestinale datant de trois jours. Le 7 octobre au matin, vomissements fécaloïdes, on fait appeler Monsieur le Professeur Fiolle, qui opère immédiatement.

Sous A.G. à l'éther, on excise la cicatrice, on trouve une anse grêle comme nouée sur elle-même, et maintenue dans cette position par une forte bride. Section de la bride, déroulement de l'anse, on n'aperçoit pas trace de l'appendice.

Guérison parfaite, depuis cette époque.

Observation III

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Fiolle.

Abcès appendiculaire, incision, nouvelle incision.

Monsieur B..., 32 ans, est opéré, le 13 février 1930, pour appendicite aiguë, température à 39°, grosse tuméfaction de la fosse iliaque droite, sujet à ventre énorme, très adipeux.

Sitôt le péritoine incisé, issue de pus fétide en grande quantité ; après assèchement de l'abcès, on cherche l'appendice, mais sans le trouver, ablation de quelques lambeaux, qui ne paraissent pas représenter l'appendice, drainage par drain et deux mèches.

Les fragments prélevés ne présentent rien de net à l'examen histologique.

Le malade sort de la clinique en bon état.

Dix mois après, le malade fait un nouvel abcès de la fosse iliaque droite.

Nouvelle intervention, le 6 décembre 1930. A.G. au Balsoforme, excision de l'ancienne cicatrice cutanée, on tombe sur une grosse collection purulente. Après assèchement de l'abcès, on explore vainement la fosse profonde, sans trouver l'appendice. Drainage, suites normales.

Le malade, suivi pendant plusieurs mois, semble guéri, mais il est ensuite perdu de vue.

Observation IV

Due à l'obligeance de Monsieur le Docteur De Vernejoul.

Abcès appendiculaire à rechûte, pelvi-péritonite, avec salpingite, hystérectomie, appendicectomie.

Madame C..., 43 ans, entre à l'Hôpital de la Conception, le 4 août 1921. Elle a présenté, en avril 1921, un abcès d'origine appendiculaire, incisé le 18 avril (Docteur Aubert).

Après l'incision, la température tombe, mais les suppurations gagnent la paroi, les poussées lymphangitiques se succèdent, malgré les vaccins, les sérums, les excisions et neuf thermo-cautérisations. Les phénomènes pariétaux s'amendent.

Le 19 septembre, la malade présente une crise de salpingite aiguë, bilatérale, avec pelvi-péritonite. Glace, Murphy, amélioration en six jours.

Le 24 septembre, douleurs lombo-iliaques droites. A ce niveau, s'installe peu à peu une collection purulente chaude.

Le 5 octobre, on incise un nouvel abcès appendiculaire.

Le 15 décembre 1921, on pratique une appendicectomie et une hystérectomie totale (Docteur Aubert).

L'appendice, en position postéro externe, est court, sans adhérence, et l'appendicectomie est aisée.

L 30 décembre, incision d'un abcès chaud de la cuisse droite.

En janvier 1922, la cicatrisation pariétale abdominale est hâtée par l'héliothérapie, et la malade sort cicatrisée, le 23 janvier 1922.

Observation V

Due à l'obligeance de Monsieur le Docteur De Vernejoul.

Appendice restant après un abcès appendiculaire, nouvel abcès appendiculaire six semaines après, appendicectomie.

P... Marius, 41 ans, entre à la Conception, le 28 mai 1926, avec un plastron appendiculaire et température aux environs de 39°, depuis plusieurs jours.

Le malade est mis en observation et glacé.

Le 1er juin, la température restant élevée, on décide d'intervenir (Docteur Aubert). Incision de l'abcès appendiculaire, l'appendice qui n'est pas vu, n'est pas recherché. Mise en place de mèches. Le lendemain soir, température à 40°, puis tout rentre dans l'ordre, suppuration abondante jusqu'au 26 juin. Le malade sort le 1er juillet, presque cicatrisé, mais il doit revenir pour être appendicectomisé.

Le malade revient le 18 août 1926, il a présenté, il y a huit jours, une douleur brusque dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements et de température à 39°. On constate un nouvel abcès, au niveau de l'ancienne cicatrice. Fluctuation nette.

Le 19 août, l'abcès fistulise, on agrandit et on draine.

Le 1er septembre, la suppuration semblant diminuer, on intervient et on enlève un appendice rétro-cæcal. Drainage.

Le malade sort cicatrisé, le 17 septembre.

Observation VI

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Carcassonne

Abcès appendiculaire à répétition, fistule spontanée d'origine appendiculaire, appendicectomie et guérison.

Madame N..., deux mois après une première crise d'appendicite aiguë, à symptomatologie atypique, apparition d'un abcès qui bombe au pli inguinal.

Incision, suppuration pendant trois mois.

Un an après, en mars 1935, nouvel abcès après épisode aigu, incision, l'abcès tarit.

En novembre 1935, troisième abcès qui s'ouvre spontanément à la peau, pendant une grossesse. Dans l'intervalle des abcès, l'orifice cutané de la fistule ne s'est jamais épidermisé.

Intervention, le 5 avril 1936 (Professeur Carcassonne, Docteur Llucia) A.G. éther, la fistule, après un long trajet sous-péritonéal, mène loin dans la fosse iliaque interne, à un appendice dont l'extrémité distale est sous-péritonéale. Appendicectomie, drainage, guérison rapide et définitive.

Observation VII

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Carcassonne

Abcès appendiculaire à rechûte, ablation, guérison.

Madame M..., 41 ans, aucun antécédent, présente depuis cinq jours des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, température à 39°5, pouls à 120, gros empâtement, contraction de la fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal décèle une masse occupant toute la fosse iliaque droite. Le toucher rectal montre un empâtement latéro-rectal droit.

Intervention, le 5 juin 1937, A.G. éther, incision de Max Schuller-Walther, à l'incision du péritoine flot de pus à odeur fécaloïde, abcès appendiculaire. Toutes les tentatives de recherche de l'appendice demeurent vaines. On draine et on laisse trois mèches dans la plaie. En deux mois, plus aucune fistule, guérison.

Le 10 octobre 1932, crise typique d'appendicite aiguë, qui amène la malade, avertie, à consulter immédiatement. Intervention d'urgence (Professeur Carcassonne), appendice en position iléo-pelvienne, au milieu d'un foyer d'adhérences, il est rouge et renflé en massue ; par mesure de précaution, on draine et on mèche. Guérison en quinze jours.

Observation VIII

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Carcassonne

Appendicite aiguë à rechûte, abcès appendiculaire, appendicectomie et guérison.

Monsieur B..., 32 ans, a été opéré, il y a huit mois, à Anvers (Belgique), pour appendicite aiguë. Abcès appendiculaire drainé, l'appendice est demeuré introuvable. Vu en mars 1942 pour douleurs abdominales avec céphalée, vomissements et défense abdominale, température à 38°9, pouls à 110, le malade est ré-opéré d'urgence.

Intervention. A.G. éther, excision de la cicatrice, dans la région de Mac Burney, qui est tendue et surélevée. L'appendice est facilement trouvé, il est rouge, turgescent, à extrémité renflée en massue, en position méso-cœliaque et facilement extirpable.

Appendicectomie, fermeture sans drainage, guérison au bout de quinze jours.

Observation IX

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Bourde.

Appendice restant au cours d'un abcès appendiculaire, pas d'appendicectomie secondaire.

Mademoiselle A..., 22 ans, a eu plusieurs crises douloureuses antérieures, à symptomatologie bâtarde, dont une particulièrement intense, il y a trois semaines.

Le 20 novembre 1934, nouvelle crise douloureuse abdominale, coïncidant, comme les précédentes, avec les règles, et accompagnée de diarrhée et de vomissements très importants. La malade est purgée et lavementée. Lorsque la malade est vue, dans la nuit, la température est élevée et oscillante, le ventre est ballonné, le siège de la douleur est hypogastrique.

T.R., utérus un peu gros et bloqué en un magma remplissant le petit bassin.

Nous pensons à un hématocèle enkysté en voie de suppuration, soit à une annexite, soit peut-être à une appendicite.

Le 20 novembre 1934, intervention d'urgence. Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Le petit bassin est bloqué, l'utérus et les annexes sont normaux, quelques anses grêles et le cæcum sont agglutinés en une masse rouge inflammatoire. En écartant les anses grêles, on voit sourdre un pus grisâtre, fétide, et assez abondant. On place un drain et des meches dans le Douglas. Fermeture incomplète.

Suites opératoires : la température baisse progressive-

ment, le pus tarit. La malade sort de la clinique, le dixième jour. Cicatrisation complète au deuxième mois.

La malade a refusé une réintervention pour appendicectomie. Sa santé est excellente, elle n'a pas eu, pour l'instant, d'autre crise.

Observation X

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Moiroud.

Appendicite aiguë, abcès appendiculaire, ré-intervention systématique et guérison.

Il s'agit d'un homme jeune qui entre à l'hôpital, pour douleurs appendiculaires, température, défense abdominale droite, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

A l'intervention, après une incision de Mac Burney large, on tombe sur un abcès appendiculaire contenant une assez grande quantité de pus fétide, qui ne permet pas de rechercher l'appendice.

On se contente de drainer largement.

Au bout de quelques jours, la température tombe, les phénomènes locaux régressent, et le malade sort cicatrisé, un mois après.

On conseille au malade une intervention secondaire systématique.

A l'intervention secondaire, on n trouve qu'un petit moignon appendiculaire, appendu au cæcum. Le reste a été éliminé, au moment de la première intervention, avec le pus de l'abcès.

Ceci correspond à ces faits bien connus d'amputation spontanée d'appendice sphacelé. Cet appendice pouvant être éliminé secondairement au cours des pansements d'abcès appendiculaire, ou au contraire subir une résorption progressive, allant jusqu'à la disparition de l'organe.

Intervenant secondairement, après incision simple d'abcès, on n'a rencontré qu'un très court moignon appendiculaire au point d'implantation normale sur le cæcum ; ce qui prouve bien qu'une partie au moins de l'organe a été éliminée avec le pus de l'abcès, ou résorbée secondairement.

Observation XI

Due à l'obligeance de Monsieur le Docteur Luccioni.

Péritonite appendiculaire, intervention, fistule, réintervention et guérison.

Madame B..., 37 ans, vient nous consulter pour une fistule purulente et persistante de la région lombaire droite, con-

sécutive à une péritonite appendiculaire, opérée quatre mois auparavant, à Perpignan (Février 1936).

La malade nous apprend qu'elle a présenté, à ce moment, un syndrome péritonéal grave, et que le chirurgien, devant la complexité des lésions, s'est contenté d'un large drainage abdominal qu'il fut contraint de compléter, quelques jours plus tard, par une incision lombaire.

Les suites opératoires, pénibles les premiers jours, ont été très simples par la suite. Les deux plaies ont abondamment suppuré. La plaie abdominale a cicatrisé rapidement (un mois), tandis qu'une fistule purulente a persisté au niveau de l'incision lombaire. Par ailleurs, la malade n'a jamais ressenti de douleurs abdominales après l'intervention.

Réintervention le 4 juillet 1936. On utilise l'ancienne incision abdominale, le cæcum est maintenu par de nombreuses adhérences. On trouve aisément l'appendice qui est rétro-cœcal, il est gros et congestionné. Ablation, enfouissement du moignon appendiculaire, fermeture de la paroi sans drainage, on laisse seulement un drain sous-cutané, qui ressort par l'orifice lombaire. Cicatrisation complète en quelques jours.

Observation XII

Personnelle. Prise dans le service chirurgical du Docteur H. Llucia à l'Hôpital Régional d'Aubagne.

Appendice restant au cours d'un abcès appendiculaire, appendicectomie secondaire, guérison.

N... Jean, 12 ans, est pris le matin du 19 avril 1942, au réveil, de douleurs abdominales généralisées, accompagnées de nausées et d'efforts de vomissements, mais sans vomissements. La température atteint 38°3, les phénomènes s'amendent dans la nuit ; le lendemain matin, disparition des signes.

Le 27 avril, reprise des signes généraux, douleurs violentes abdominales, sans localisation précise, nausées, constipation, température à 38°5.

Le 28 avril, apparition de céphalée, plastron de la fosse iliaque droite, indication opératoire immédiate.

Le même jour, intervention (Dr Llucia, Int. Millet) A.G. éther, incision de Max Schuller.

Abcès volumineux rétro-cæcal postérieur et inférieur au niveau du promontoire, évacuation de 40 à 50 centimètres cubes d'un pus fétide. L'appendice, séparé du cæcum, et en position sous-péritonéale, est laissé en place. On met un gros drain dans le cul de sac de Douglas et deux mèches au contact de l'appendice restant. Trois centimètres cubes de Soludagé-

nan sont injectés par le drain. On réalise ensuite une fermeture partielle.

Les suites opératoires sont normales, le malade sort, cicatrisé, le 21 mai 1942.

Le malade est suivi depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'au 7 août 1942, il accuse toujours de vagues douleurs de la fosse iliaque droite, de la constipation, un léger état saburral des voies digestives, une nouvelle intervention est décidée.

Le 8 août 1942, réintervention (Dr. Llucia, Int. Millet). Ablation de l'appendice restant. Excision de l'ancienne cicatrice fibreuse. On pénètre malaisément dans l'abdomen, à cause de l'épiploon très adhérent. L'appendice est en situation méso-cœliaque, de couleur et d'aspect normaux. Ablation, fermeture en trois plans, drainage sous-cutané aux crins. Les suites sont normales, et le malade sort, guéri, le 28 août.

L'appendice enlevé est envoyé au Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Marseille, à fins d'examen.

Examen anatomo-pathologique (Professeur Paillas). — Appendicite folliculaire, de type subaigu, avec poussée aiguë à polynucléaires. Dans la muqueuse et la sous-séreuse, réaction de péritonite plastique.

Observation XIII

Renseignements tirés de la thèse du Docteur Andre Bruyère (*Thèse de Lyon*, 1931).

Abcès appendiculaire, incision, appendicectomie secondaire, guérison.

C... Pierre, 25 ans, antécédents : pleurésie bilatérale, deux crises appendiculaires antérieures. Opéré une semaine après le début.

Premier séjour le 15 octobre 1927.

Renseignements opératoires : gros abcès rempli de pus épais dans la fosse iliaque droite, cloisonné par l'épiploon enflammé, et dans lequel il a été impossible de trouver l'appendice ; en le cherchant, on ouvre deux autres abcès, un paracolique, l'autre pelvien.

Intervention : A.G. éther, incision de Jalaguier, pas d'appendicectomie, un drain pelvien, un drain paracolique, les compresses de cloisonnement sont laissées.

Suites opératoires : du deuxième au quinzième jour, ablation des mèches et drains, le malade sort, le 24 novembre 1927, guéri.

— Deuxième séjour : 1er février 1928.

Le malade revient pour se faire lever l'appendice.

Intervention : A.G. éther, ablation de la cicatrice, appendice rétro-cæcal, ablation en rétrograde sous-séreuse, fermeture en trois plans, guérison.

Observation XIV

Renseignements tirés de la thèse du Docteur André Bruyère (*Thèse de Lyon*, 1931).

Madame M..., 51 ans, entre à l'Hôpital le 31 octobre 1927, pour une troisième crise appendiculaire datant de 11 jours, dans ses antécédents, crises de R.A.A.

Renseignements opératoires : abcès appendiculaire, opéré à l'infirmerie de porte, le 31 octobre. Incision de Mac Burney, pas d'appendicectomie, drainage.

Suites opératoires : d'abord simples, le sixième jour, fistule stercorale, qui tarit spontanément le dixième jour. On doit remettre un drain dans la plaie le dixième jour.

Le quinzième jour, phlébite du membre inférieur gauche : sangsues, gouttière.

Le 7 janvier 1928, les signes phlébitiques sont réduits au minimum, encore un peu d'œdème dans le tissu cellulaire, peu d'hydartrose, mais raideur articulaire ; l'évolution (douleurs, température, durée) n'a pas été longue. Depuis son opération, état excellent, éventration.

Deuxième séjour : du 16 mai 1928 au 14 juin 1928.

Nouvelle crise le 10 mai, opérée le sixième jour.

Renseignements opératoires : le diagnostic est : appendicite aiguë, mais d'un caractère un peu particulier. La malade a une éventration au niveau de la cicatrice, il existe une rougeur très spéciale en même temps qu'une induration superficielle. Il semble bien s'agir d'un abcès appendiculaire avec prolongement sous-cutané.

Opération : le 16 mai (Docteur Bertrand). Rachianesthésie, 10 centigrammes de Scurocaïne, excellente. Incision dépassant largement en bas l'incision précédente ; on entre facilement dans la grande cavité péritonéale, on est obligé de se reporter en haut, et l'on tombe sur l'appendice au milieu d'un abcès cloisonné. Appendicectomie, enfouissement, deux mèches, un drain, toute la paroi est laissée ouverte, sauf à la partie inférieure, où l'on ferme les muscles et le péritoine.

Suites opératoires : ablation des mèches le sixième jour ; ablation du drain le quinzième jour ; suites opératoires simples.

Observation XV

Renseignements tirés de la thèse du Docteur André Bruyère (*Thèse de Lyon*, 1931).

G... Antoine, 48 ans, entre à l'Hôpital le 1er janvier 1921.

Antécédents : opéré le 25 décembre 1919 à Annemasse pour abcès appendiculaire. Vient pour une crise ayant débuté le 26 décembre 1920. Opéré le dix-septième jour.

Renseignements opératoires : le 11 janvier 1921, incision, grande cavité abdominale libre, sans adhérences ; abcès sous le bord latéro-inférieur du cæcum, contenant un verre à liqueur de pus fétide.

Intervention : (Professeur Tixier) A.G. kélène-éther, grande laparotomie iliaque, libérant soigneusement deux orifices d'éventration. Ouverture de l'abcès, assèchement, appendicectomie sous-séreuse ; enfouissement, petit drain en sautoir sur la face latérale du cæcum, au contact du psoas. On ferme le péritoine autour du drain, reconstitution des aponévroses, la peau est laissée ouverte. Le malade sort guéri, le 14 février 1921.

Observation XVI

Renseignements tirés de la thèse du Docteur André Bruyère (Lyon 1931).

T... Ernest, 23 ans, entre à l'Hôpital, le 29 août 1924. Vu le quinzième jour, après une crise douloureuse abdominale la première), ayant des troubles de la défécation et de la rétention d'urine depuis douze heures.

Renseignements opératoires : abcès pelvien opéré à l'infirmerie de porte le 30 août (Docteur Rochet). A.G. éther, rectotomie médiane, pus fétide en grande quantité.

Suites opératoires : normales, sans incident, le malade sort guéri le 2 septembre.

Deuxième séjour : 12 novembre 1924-4 décembre 1924.

Le malade revient pour se faire lever l'appendice, la région appendiculaire étant restée douloureuse (*c'est un exemple de plus que même avec un gros abcès appendiculaire, l'appendice n'est pas détruit*).

Intervention : 20 novembre 1924 (Docteur Rochet), incision de Max Schuller, aucune adhérence, cæcum mobile, appendice d'apparence saine ; rétration cicatricielle au niveau de la base ; à la coupe, appendice sain, appendicectomie, fermeture sans drainage.

Suites opératoires : normales, sort guéri, le 4 décembre 1924.

Observation XVII

Due à l'obligeance de Monsieur le Docteur Marcel Arnaud

Abcès appendiculaire, incision, appendicectomie secondaire et guérison.

Monsieur B..., 31 ans, entre à l'Hôpital de la Conception, le 10 février 1934. Il a été pris, la veille au soir, d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. Pas d'arrêt des matières ni des gaz.

Les douleurs ont rapidement diffusé à tout l'abdomen. A son entrée, sédation légère des douleurs, température à 37°7, pouls à 130, ventre dur et douloureux. Le maximum des signes réside dans la région de Mac-Burney.

Intervention immédiate (Docteur Arnaud, Docteur Llucia). Incision de Walther, suivant 15 centimètres. Dès l'incision du péritoine, on voit du pus en grande quantité, pus franc, bien lié, fétide, avec quelques gaz, qui semble occuper tout l'abdomen. Aspiration difficile sous le foie, dans le Douglas et la gouttière pariéto-colique droite ; elle est impossible entre les anses. Tout l'intestin est rouge. Au niveau du cæcum, masse inflammatoire, les parois cæcales sont très infiltrées, au centre de la masse on voit un appendice gangrené à son insertion cæcale, par où s'écoulent des matières.

On se contente de marsupialiser le cæcum, au niveau de la perforation, en l'isolant du ventre par un lit de compresses. Drain dans la gouttière pariéto-colique droite vers le foie, deuxième drain dans le Douglas.

Suites favorables, le malade sort, en voie de cicatrisation, deux mois après, au début d'avril 1934.

Le malade est revu le 2 décembre 1935, avec une grosse éventration du volume d'une tête. Une radioscopie montre que l'éventration contient le cæcum et une petite partie de l'intestin grêle.

Intervention le 5 décembre 1935 (Docteur Arnaud). Après résection de la peau, libération d'un énorme et véritable sac, libre sur tout son pourtour, il présente une zone d'adhérences très importantes, vers la partie inférieure du collet, adhérences formées d'épiploon et où se trouve l'appendice.

Libération, appendicectomie, l'appendice semble normal (cicatrisation complète de la perforation constatée l'année précédente). Cure de l'éventration, suites opératoires favorables, le malade sort guéri, avec une ceinture de contention, le 10 février 1936.

Cas dans lequel " L'appendice "
a été séparé de de ses connexions coecales

Observation XVIII

Due à l'obligeance de M. le Professeur Carcassonne.

Appendicite aiguë, abcès appendiculaire, ablation secondaire et guérison

Madame C..., 23 ans, présente, depuis trois jours, une violente douleur de la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements, température à 39°, arrêt des matières et des gaz, défense abdominale.

En présence de ces signes, la malade est opérée d'urgence pour appendicite aiguë, le 10 octobre 1940.

A.G. éther, incision de Mac Burney, on tombe sur un cæcum très rouge, très enflammé, baignant dans le pus, l'exploration du cæcum ne permet pas de trouver l'appendice. Il semble cependant exister un moignon, à l'angle iléo-cæcal, mais on ne peut rien affirmer. On draine et on place deux mèches. La fistulisation persiste jusqu'en Juin 1942. On réintervient à cette époque, par la même incision, et on trouve un appendice accolé à la paroi interne de la fosse iliaque, facilement extirpable, complètement amputé du cæcum, et menant une vie autonome.

Appendicectomie, deux mèches, guérison en trois semaines.

Cas " d'appendices restants "

après appendicectomie incomplète

ayant déterminé des accidents secondaires

Communication de MM. Desjacques, R. Arnaud, Denis et Chalier à la Société de Chirurgie de Lyon.

Lyon Chirurgical (Janvier-Février 1943)

Péritonite aiguë généralisée, mortelle, survenue tardivement après appendicectomie incomplète.

Docteur M. Denis. — L'observation malheureuse qui suit, vient souligner les dangers que peut présenter, dans le traitement de l'appendicite aiguë, l'abandon d'une portion de l'appendicite aiguë, l'abandon d'une portion de l'appendice enflammé, généralement la pointe.

Observation XIX

M. X..., 28 ans, entre au service d'urgence de l'Hôtel-Dieu, pour une crise d'appendicite aiguë datant de trois jours. Contracture et plastron de la fosse iliaque droite, température 38°,2, vomissements. Aurait eu une crise d'appendicite, il y a dix ans. Intervention immédiate, dès l'arrivée.

Intervention : le 29 Juillet 1935 (Docteur Desjacques). Incision de Mac Burney, que l'on agrandit par section verticale des muscles larges. Liquide louche dans le ventre. Appendice complètement sphacélé, entouré d'adhérences ; l'appendice se rompt lors des manœuvres d'extraction, mais on a l'impression, malgré les difficultés provoquées par les adhérences, que tout l'appendice a été enlevé.

Trois mèches, un drain, rapprochement séro-musculaire

Le malade sort le 24 août, cicatrisé.

Le 18 décembre, revu en bon état, cicatrice solide.

Le 24 août 1936, soit dix-sept mois après la première intervention, le malade est hospitalisé à nouveau pour un syndrome d'occlusion intestinale subaiguë. Il avait présenté, six mois plus tôt, un épisode analogue, mais plus intense et plus violent.

Dans la nuit du 26 au 27 décembre 1936, crise douloureuse abdominale, à siège assez bas, vomissements, une selle après lavement.

A l'examen, contracture hypogastrique et au niveau de fosse iliaque gauche. Température à 37°,4.

Le 28 décembre, le malade souffre moins, pas de vomissements, mais la contracture persiste, et la température est à 37°,6, le matin, le soir elle monte à 39°, ce qui nous décide à intervenir.

Intervention : 28-12-36 (Docteur Desjacques). Laparatomie médiane sous-ombilicale, pus d'odeur fécaloïde dans le ventre. Grêle modérément distendu, avec une anse recouverte de fibrine.

Il y a davantage de pus dans le pelvis, tout autour d'un fragment sphacelé, gros comme le pouce, et qui nous reste dans la main à la première traction.

Il ne semble pas s'agir d'une frange épiploïque (il n'y en a pas d'autre sur l'S iliaque) c'est plutôt une pointe appendiculaire adhérente au mésentère, en position médiane.

Il est nécessaire de lier une artériole qui la vascularisait.

Drainage péritonéal, quatre mèches, fils métalliques.

Examen de la pièce : incontestablement, il s'agit d'une extrémité d'appendice à parois très épaisses.

Examen histo-pathologique (Professeur Martin) : La lumière appendiculaire est presque entièrement collabée. La muqueuse, en un point, s'est effondrée sous la poussée inflammatoire sous-jacente. Les follicules lymphoïdes sont hyperplasiés et congestifs. Infiltration leucocytaire du chorion, et entre les interstices musculaires, mais, c'est au niveau de la sous-séreuse considérablement épaissie, que se trouve le maximum des lésions : lésions d'inflammation exsudatives aiguës, avec œdème et polynucéaires altérés.

Suites opératoires : décès en hyperthermie, le 31 décembre 1936, par péritonite avec gros ballonnement, vomissements.

Si nous avions connu, à ce moment, les accidents tardifs occasionnés par les appendicectomies incomplètes, nous eussions pensé immédiatement à eux après cette appendicectomie difficile et fragmentaire. Cela nous eut évité bien des soucis et eut été salutaire à notre malade.

On a prétendu que, dans les abcès appendiculaires graves, point n'était nécessaire d'opérer, la crise passée, pour enlever l'appendice qui a pu être sectionné et détruit par sphacèle de ses parois. C'est une chance à courir, mais les récidives cependant sont possibles.

Ces cas rentrent dans celui ci-dessus décrit, dans l'observation. D'où nécessité, autant que possible, d'une intervention complète.

Observation XX

Péritonite après appendicectomie incomplète.

« Nous pratiquions, il y a six ans, une appendicectomie d'urgence dans des conditions matérielles difficiles, chez une jeune fille de seize ans.

L'appendice est trouvé dans un abcès pelvien. On en pratique l'ablation, en laissant l'abdomen largement drainé. On a l'impression d'avoir fait une appendicectomie complète, quoique l'appendice ait été enlevé en plusieurs fragments.

Les suites opératoires sont simples, et la malade est cicatrisée un mois après.

Après un intervalle libre de trois mois, pendant lesquels la malade n'a eu aucun symptôme abdominal anormal, la malade accuse des douleurs assez vives, son abdomen se ballonne, elle ne fait pas de gaz et vomit. Elle m'est envoyée d'urgence, avec le diagnostic de péritonite.

Effectivement, l'aspect général est inquiétant, le pouls rapide, le faciès péritonéal.

L'examen montre un ventre surtout sensible à gauche, le diagnostic étiologique hésite.

Il ne semble pas s'agir de péritonite à pneumocoques ; il n'y a pas d'antécédents bacillaires ; ce n'est pas une péritonite gynécologique.

On intervient à gauche, là où il semble y avoir une légère voussure ; en l'absence de diagnostic étiologique.

Par une ouverture minima, on place un drain dans la fosse iliaque gauche, dans une collection putride mal encapsulée, et on porte un pronostic extrêmement réservé.

Contre toute attente, les phénomènes péritonéaux s'améliorent, le drain est enlevé au quinzième jour, et le ventre cicatrisé le vingtième.

Cet épisode péritonéal dramatique, si heureusement terminé, ne manque pas de nous inquiéter, par son origine inconnue, et nous nous demandons comment prévenir le retour d'accidents semblables.

Un examen radiologique très soigneux est pratiqué pour éliminer, dans la mesure du possible, une cause diverticulaire du grêle ou du gros intestin.

Nous ne nous croyons pas autorisés à proposer, chez une convalescente de péritonite, une laparotimie sous prétexte de découvrir la cause d'accidents, qui ne se reproduiront peut-être jamais, et la malade rentre chez elle.

Après trois nouveaux mois de guérison clinique parfaite, la malade nous revient, avec les mêmes symptômes inquiétants de péritonite aiguë. Les phénomènes semblent prédominer à droite.

Cette fois, nous rouvrons la cicatrice d'appendicectomie, avec l'intention de glisser un drain dans la profondeur, en évitant, comme la première fois, toute manœuvre dangereuse d'exploration. Mais nous tombons, cette fois, sur une collection purulente, putride, qui paraît sourdre d'un point déterminé dans la profondeur.

Nous estimons nécessaire d'aller à l'origine du pus, et extrayons facilement un fragment distal, d'un appendice mesurant trois centimètres de longueur.

La malade est cicatrisée en trois semaines.

De l'observation qui précède, il résulte que, si au cours d'une appendicectomie difficile, on doit abbndonner dans le ventre un fragment de la portion distale de l'appendice, on peut, je crois, se contenter de mécher au contact, si le fragment est minime. Mais, s'il est relativement important et très nettement infecté, il faut à tout prix le retirer, soit immédiatement si la recherche en est possible sans danger, soit secondairement sans trop attendre, de façon à prévenir à temps des complications toujours à craindre.

D'autre part, si les accidents aigus, dûs à la persistance d'un fragment d'appendice après les opérations pour appendicite aiguë, et, survenant après une longue période de guérison complète, que nous ont prouvé les observations qui précèdent, sont exceptionnels, il est une manifestation relativement plus fréquente de ce débris appendiculaire oublié ou de cet appendice laissé en place, c'est la persistance de la fistule opératoire. C'est une forme clinique beaucoup plus fréquente que celle des abcès tardifs, après une longue période de tolérance.

Observation XXI

Rapport du Docteur A. Chalier (*Lyon Chirurgical*, 19 Juin 1941)

Le 3 juin 1940, j'opère d'urgence un petit garçon de 13 ans, Henri C..., pour appendicite aiguë sévère. Je tombe sur un appendice anormal, en position sous-hépatique, très difficile à trouver, puis à extirper. Il se déchire, pendant les manœuvres de libération, à l'instant précis où je crois le tenir tout entier, et malgré tous mes efforts, je ne puis retrouver cette pointe qui, tirée comme par un élastic, a filé sous le foie.

Je draine assez copieusement.

Les suites sont aussi simples que possible, mais, en raison des graves évènements de ce mois de Juin 1940, la famille m'enlève prématurément ce jeune opéré, et le conduit par étapes à Marseille, où il fut vainement opéré deux fois

par incision simple, pour des abcès survenant dans sa cicatrice.

Quand il revint à Lyon, il me précisa que, depuis ces deux incisions, il avait régulièrement présenté, toutes les trois semaines environ, les phénomènes suivants : douleurs vives dans le ventre, vomissements, poussée thermique, le tout se liquidant rapidement par la production d'une fistule, qui suppurait quelques jours, puis se cicatrisait, pour se reproduire à la poussée suivante.

Ce que voyant, j'intervins avec l'intention bien arrêtée de retrouver le corps du délit ; la chose fut plus facile que je ne le pensais, car ce fragment d'appendice abandonné sous le foie, avait sans doute été peu à peu extériorisé par la suppuration, puisqu'il siégeait contre le cæcum, mais il avait contracté avec lui des adhérences solides qui eussent empêché son élimination spontanée, même à la faveur de nouvelles incisions. Il fallut donc, pour l'extirper, le libérer par section de ces nouvelles attaches.

La guérison fut rapide, elle est restée définitive.

Il ne paraît pas très rare d'observer, au cours des opérations difficiles d'appendicites aiguës, ou même de certaines appendicites chroniques, qu'un minuscule fragment de la pointe de l'appendice se détache pendant les manœuvres de libération, et tende à rester inclus profondément dans le ventre. Cet accident se voit de préférence dans les appendicites profondes, postérieures, sous-hépatiques, ou dans les variétés internes et antéro-internes, alors qu'une traction même modérée, provoque la rupture d'un appendice sphacélé dans sa partie distale, ou aboutit à l'extirpation incomplète d'un appendice, volontairement ou non, extrait en sous-séreuse. Il manque souvent si peu de chose qu'on pourrait être tenté de n'y prêter aucune attention, si l'on n'avait soin de remarquer l'aspect tronqué de la pointe appendiculaire.

Le repéchage de ce petit fragment qu'il faut toujours essayer, n'est ni aisé, ni toujours possible, d'autant qu'il peut apparaître dangereux de prolonger une exploration laborieuse dans un foyer infecté. On peut donc être contraint à l'abandonner purement et simplement.

Dans ces cas, il nous semble prudent, même si, par ailleurs, l'opération ne comportait pas de drainage, de laisser une méchette dans le foyer, au contact ou au voisinage le plus direct du fragment abandonné. Ce petit méchage a toujours suffi à éviter les accidents immédiats ou tardifs. Mais ceci n'est vrai qu'en ce qui concerne les abandons minuscules.

S'il s'agit, au contraire, d'un fragment assez important, comprenant, sur un ou deux centimètres, la pointe entière de l'appendice, et d'un appendice gangrené ou même simplement suppuré, le danger peut être beaucoup plus grand. Sans aller forcément jusqu'à la péritonite diffuse mortelle, comme dans le cas de l'observation XIX, le segment abandonné peut provoquer, malgré le méchage, des poussées de péritonites enkystées avec abcès, que la seule incision ne guérit pas, tant que le moignon restant 'aura pas été extirpé.

Récidive d'appendicite

sur moignon appendiculaire

par le Docteur P. KEMPENEERS

(Société Belge de Chirurgie)

L'histoire du malade que M. le Professeur Verhoogen a bien voulu m'autoriser à vous présenter aujourd'hui, me paraît digne de retenir votre attention.

Elle me permet, dans une seule observation, de vous montrer, d'abord l'heureux résultat du drainage pur et simple d'un abcès appendiculaire opéré au septième jour, ensuite le danger de négliger l'appendicectomie, au cours d'une intervention ultérieure pour réfection de la paroi, puis une récidive d'abcès au niveau d'un appendice bas situé, donnant une symptomatologie prédominante à gauche, enfin une guérison rapide, aidée peut-être par une cœcostomie pratiquée au moment de l'intervention radicale : appendicectomie et drainage large de la cavité abdominale.

Observation XXII

F... Gommaire, âgé de 18 ans, est admis d'urgence à l'Hôpital Saint-Jean, le 30 janvier 1925, pour appendicite aiguë. Il n'a jamais été malade. Après quelques jours de constipation, il a ressenti soudainement, le 23 janvier dans la soirée, soit une semaine avant son entrée à l'Hôpital, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. Un médecin consulté, a parlé de grippe intestinale, et a prescrit une potion. Les douleurs ayant persisté et l'état général s'étant aggravé, un second médecin a été appelé et a ordonné le transfert immédiat du malade à l'Hôpital.

Examen à l'entrée : le malade se plaint de douleurs dans tout l'abdomen, son faciès est péritonéal, il présente de l'hyperesthésie cutanée, de la défense musculaire généralisée. L'abdomen est tympanique, la matité hépatique a disparu. Vomissements porracés. Le pouls à 120, est faible, régulier. La température est à 38°9.

Première intervention le 20 janvier 1925 (Docteur Jempeneers, int. Bouwens). A.G. chlorure d'éthyle.

L'incision menée de l'épine iliaque droite vers l'épine du pubis opposée donne issue à une abondante collection purulente et fétide, paraissant bien limitée. L'appendice ne pouvant être recherché et extériorisé sans risques, est laissé en place. Un gros drain de caoutchouc est glissé dans la plaie et fixé à la peau, qui est refermée au crin.

Suites opératoires : dès le lendemain, l'état est considérablement amélioré. La température est tombée à 36°2, première selle le 2 février. Le drain est retiré le 6 février, les crins sont enlevés le 8. Du pus s'écoule, en petite quantité, par la plaie.

Le 21 février, le malade se plaint de coliques violentes, accompagnées de diarrhée. La diète hydrique est instaurée en raison de cet incident, et le malade quitte l'hôpital, le 15 mars. La plaie est complètement cicatrisée, mais présente une légère éventration post-opératoire, qu'on conseille au malade de faire opérer quelques mois plus tard.

Le malade rentre à l'hôpital, le 30 juin 1925. Depuis sa sortie, il a ressenti des douleurs sourdes, au niveau de la cicatrice ; dans la station debout, apparaît à ce niveau, une tuméfaction réductible.

Deuxième intervention : le 2 juillet 1925 (Docteur Vandeput) A.G. éther. Excision de la cicatrice. L'intestin adhère à la paroi par des brides multiples et est libéré. La surface dépéritonisée, est recouverte d'épiploon. Réfection de la paroi, plan par plan.

Suites opératoires : normales. Apparition d'un hématome, qui est ouvert et drainé le 25 juillet. Guérison sans autre incident.

Le malade est ramené d'urgence à l'Hôpital, le 8 avril 1926. Quatre jours auparavant, il a ressenti brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre. Une potion calmante a fait disparaître les douleurs, qui se sont toutefois reproduites le lendemain. Le malade a eu trois selles liquides, suivies d'arrêt des gaz et des matières, il a vomi à plusieurs reprises.

Examen à l'entrée : le faciès est grippé. Le ventre est assez souple sans contracture, la palpation de l'abdomen est douloureuse, surtout à gauche ; le point de Mac-Burney est également douloureux. Température 37°4, pouls 22 au 1/4, régulier, On applique de la glace sur le ventre.

Le lendemain, 9 avril, on constate une aggravation des symptômes abdominaux : le ventre est tendu et très douloureux dans son ensemble, il existe une forte défense des droits, la contracture est surtout marquée au niveau de la fosse iliaque gauche. L'abdomen est tympanique, dans toute son étendue, la matité hépatique a disparu. Le malade n'a émis ni

gaz, ni selle, il n'a pas vomi. Le faciès est plus altéré, péritonéal, température à 37°9, pouls 26 au quart. Numération leucocytaire : 24.400.

Troisième intervention : 9 avril 1926 (Docteur Kempeneers, Int. De Bom). A.G. éther.

Laparotomie médiane sous ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on constate la présence de pus, provenant du petit bassin, dans lequel on découvre l'appendice, fixé à la paroi, violacé, turgescent, perforé à son extrémité, et contenant un gros calcul stercoral. Un second calcul stercoral est retiré du petit bassin.

Décollement, ligature et section de l'appendice. Après avoir épongé le pus, on place trois drains, l'un dans le petit bassin, les deux autres dans les fosses iliaques. Le cæcum est fixé à la paroi, en vue d'une cæcostomie, fermeture de la plaie médiane au moyen de fils de bronze. Le soir, on fait une cæcostomie, et on injecte un litre de sérum glucosé. Tonicardiaques usuels.

Suites opératoires : le lendemain, l'état général est bien meilleur, la température est à 36°5, le pouls à 24 au quart. Un lavement administré par la cœcostomie, et on injecte un Un lavement administré par la cæcostomie ramène des matières fécales.

Le 11 avril, l'état général est toujours excellent : température 36°2, pouls 25 au quart. Le ventre est moins météorisé, ni gaz ni selles. Le 12 et le 13, des lavages du cæcum ramènent quelques matières et provoquent des émissions de matières par l'anus. Ablation de deux drains.

Le 15, un lavage du cæcum provoque une abondante débâcle intestinale.

Le 16, on enlève le troisième drain : le 17, le malade a une selle spontanée par l'anus. L'orifice de cæcostomie donne de moins en moins, et, le 28, le Docteur Demoor ferme l'orifice au fil de soie. Du pus s'écoule encore en petite quantité par l'orifice de drainage. Au début de mai, la cæcostomie est fermée, la suppuration sus-pubienne est presque tarie. Le 3 juin, le docteur Demoor suture la peau au dessus du cæcum. Les plaies se ferment progressivement et, le 30 juin, le malade a quitté l'Hôpital ; les plaies sont presque complètement cicatrisées. Après quelques pansements, la guérison est complète.

Le malade rentre encore à l'Hôpital, le 5 juillet 1927, il ressent des douleurs au niveau de l'abdomen et de la fosse iliaque droits.

A l'examen, on constate une éventration au niveau de la cicatrice de laparotomie médiane.

Quatrième intervention : 9 juillet 1927 (Docteur Kempeneers et Docteur Rouffart). A.G. éther.

Incision cutanée circonscrivant l'ancienne cicatrice médiane. A l'ouverture du péritoine, l'intestin, très adhérent, est légèrement entaillé et suturé immédiatement. Après libération des adhérences, ouverture des gaines des muscles droits, et suture en quatre plans au catgut et au crin.

Suites opératoires : simples, malgré la production d'un hématome sous-cutané qui fut drainé. Le malade quitta l'Hôpital, le 6 août, en bonne voie de guérison.

M. Brohee. — « Je me souviens d'un cas de résection incomplète de l'appendice qui m'a frappé. Dans le service de M. Van Engelen, nous avons eu, un jour, un cas de récidive dans le moignon appendiculaire. C'est ce qui a incité M. Van Engelen et moi, à pratiquer dorénavant la résection complète de l'appendice.

Depuis trois ans, je procède toujours de la façon suivante : au lieu de faire une ligature au niveau de l'appendice, et de laisser un moignon, je détermine un cône du cæcum, et je l'enlève en même temps que l'appendice.

Je procède ainsi, même en cas d'appendicite aiguë, sauf, naturellement, lorsque je suis en présence d'un foyer purulent. De cette façon, la guérison s'obtient aussi facilement que par la résection sub-totale ».

Appendicectomie à chaud incomplète.

Accidents aigus secondaires

par MM. Perrin, A. Chalier et Patel

(*Société de Chirurgie de Lyon*).

M. Perrin. — « J'ai eu l'occasion récemment d'intervenir pour des accidents abdominaux aigus, causés par un fragment d'appendice qui avait dû être abandonné dans la cavité abdominale, au cours d'une appendicectomie à chaud difficile. Voici d'abord mon observation :

Observation XXIII

H..., 11 ans, opéré d'urgence à l'Hôtel-Dieu, le 9 septembre 1925, par le Docteur Bonnet, qui avait eu la sage précaution, à la suite de son intervention, de remettre aux parents la note suivante :

« Crise appendiculaire datant de dix jours, avec recru-
« descence, il y a deux jours. Tuméfaction profonde. A l'in
« tervention, appendice postérieur ascendant, en arrière de
« l'iléon et fixé à sa pointe. Appendicectomie de la base à la
« pointe, celle-ci se déchire et n'est pas extraite complètement
« en raison des dangers de recherche contre la face extérieure
« du mésentère. Enfouissement du moignon, drainage, fer-
« meture partielle de la paroi ».

Le petit opéré guérit très bien, et quitta l'hôpital le 3 novembre 1923.

Mais, le 12 juin 1924, il fut amené à l'Hôpital Debrousse, dans le Service du Docteur Vignard, pour une crise douloureuse avec vomissements, température et point de Mac-Burney très net. Ces accidents s'amendèrent rapidement.

En possession de la note de Bonnet, que je citais tout à l'heure, en présence de l'éventration que l'enfant présentait au niveau de sa cicatrice, j'intervins le 1er juillet 1924, dans le double but de rechercher la pointe appendiculaire, cause des derniers accidents, et de pratiquer la cure de l'éventration.

Après libération de nombreuses adhérences épiploïques et cæcales avec la paroi, l'extériorisation du cæcum et de la

terminaison du grêle permit de découvrir, accolé au feuillet gauche du mésentère, un fragment d'appendice assez gros et long de trois centimètres environ, qui fut facilement décollé et enlevé. Réfection soigneuse de la paroi, guérison sans incident.

L'appendice enlevé est envoyé au laboratoire, à fins d'examen.

Examen anatomo-pathologique. — La lumière de l'appendice est entièrement occupée par un bouchon fibrino-leucocytaire. La muqueuse, en partie desquamée, est le siège d'une intense infiltration de cellules rondes inflammatoires. Hyperplasie considérable des ilôts lymphoïdes. Les fibres des couches musculaires sont dissociées par un tissu conjonctif hyalin, semé aussi de cellules rondes, l'inflammation se trouve intense dans la couche sous-péritonéale. En résumé, appendicite sub-aiguë, sans aucun caractère de spécificité.

« Si je vous rapporte cette simple observation, Messieurs, c'est qu'elle fournit la preuve clinique et histologique des accidents qui peuvent naître dans un fragment d'appendice abandonné au cours d'une appendicectomie incomplète. A plus forte raison, après un simple drainage d'abcès appendiculaire, il suffit que le sphacèle de l'appendice, escompté par certains, soit incomplet, pour que des accidents ultérieurs puissent survenir.

Je ne veux pas reprendre, à ce propos, les arguments pour ou contre l'appendicectomie systématique après le drainage sans appendicectomie des appendicites aiguës. Mais les partisans de l'intervention secondaire systématique, quand l'appendicectomie primitive n'a pas été pratiquée pour une raison ou pour une autre, trouveraient dans mon observation un argument en faveur de leur thèse.

J'ai, pour ma part, pratiqué quatre ou cinq fois ces interventions secondaires. Elles sont généralement assez difficiles, surtout si l'appendice a été partiellement amputé spontanément ou opératoirement, au moment de la crise. Dans le cas présent, j'ai été très heureusement guidé dans mes recherches par la note de Bonnet ; j'ai trouvé le fragment appendiculaire, en position interne, sous le feuillet du mésentère, au point précis où il indiquait avoir abandonné la pointe, et je le remercie de m'avoir ainsi fourni un fil conducteur précieux pour mon intervention ».

M. A. Chalier. — « Je puis vous rapporter un cas qui se rapproche de celui de M. Perrin, et qui souligne le danger de la persistance dans le ventre d'un petit segment apical de l'appendice après l'appendicectomie.

Le seul accident mortel que j'ai eu à déplorer, à la suite d'une résection appendiculaire faite à froid, est survenu, il y a trois ans, dans les conditions suivantes :

Observation XXIV

Il s'agissait d'un enfant de 10 ans, le jeune R..., qui présentait un appendice postéro-interne adhérent et en grande partie sous-péritonéal. Sa libération avait été délicate, mais sans complications apparentes. C'est seulement le ventre fermé complètement et à un examen minutieux de l'appendice enlevé, que je m'aperçus que l'extrême pointe était absente, et la lumière appendiculaire ouverte. Je n'eus pas le courage de réouvrir l'abdomen et, malgré la surveillance spéciale dont j'entourai cet enfant, il se développa à bas bruit une péritonite purulente diffuse, qui ne fut évidente que six jours après, et qui ne put être enrayée par diverses incisions de drainage ».

Monsieur Bérard a décrit longuement avec Vignard, dans le traité sur l'appendicite, les accidents infectieux consécutifs à l'ablation incomplète de l'appendice, soit qu'il ait été amputé spontanément au niveau d'un calcul, soit qu'il ait été déchiré transversalement, au cours de sa libération, soit enfin que, dans une décortication sous-séreuse d'un appendice long et profondément enfoui, des fissurations minimes se soient produites sur l'appendice soumis à de fortes tractions, et que le canal ait été ainsi ensemencé par le contenu septique de l'appendice. Il a présenté des photos en couleurs ayant trait à ces cas.

L'une montre un gros appendice spontanément amputé à son tiers distal, avec le calcul de la grosseur d'une olive qui avait provoqué la gangrène, cet appendice, extirpé par l'auteur, en septembre 1914 sur un officier évacué d'urgence sur l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Un mois après, guéri en apparence, le malade repartait au front pour revenir au bout de deux mois, avec une nouvelle crise aiguë, qui avait tous les caractères de l'appendicite, et qui avait fortement intrigué les médecins au courant de la première intervention.

Sur des signes évidents, de collection rétro-cæcale, on va, en décollant le cæcum, vider l'abcès développé autour de la pointe persistante de l'appendice, longue de deux centimètres, grosse comme le petit doigt et gardant encore une muqueuse fomenteuse infectée. C'est ce segment distal, extirpé, qu'on peut voir sur une deuxième photographie.

Tous ces faits plaident une fois de plus en faveur de l'appendicectomie secondaire après une opération à chaud où

l'appendice n'a pas pu être extirpé, car les abcès les plus volumineux et les plus gangréneux en apparence ne détruisent pratiquement jamais l'appendice enflammé, et l'on peut ainsi, en une fois, extirper l'appendice et faire la cure de l'éventration par drainage primitif. Pour que cette appendicectomie secondaire ne soit si dangereuse, ni laborieuse, elle ne doit pas être tentée avant que quatre ou cinq semaines ne se soient écoulées depuis la dernière poussée thermique. Dans le cas de M. Chalier, lorsqu'on s'aperçoit qu'un segment d'appendice est resté dans l'abdomen, même si la paroi est saturée, il ne faut pas hésiter à découvrir de nouveau le cæcum et, si le segment appendiculaire restant n'est pas d'emblée facilement accessible, le mieux est de se borner à un attouchement à la teinture d'iode et à la mise en place d'un petit drain engainé d'une mèche ».

M. Patel. — « Je vous présente, à l'occasion de la communication de Perrin, un appendice que j'ai enlevé, ce matin même, et qui justifie encore le principe de l'appendicectomie secondaire, après ouverture chirurgicale ou spontanée d'un abcès appendiculaire.

Observation XXV

Madame X..., âgée de 35 ans, avait eu, en 1917, un abcès appendiculaire ouvert spontanément dans le gros intestin ; elle n'avait pas eu de crise depuis cette époque, mais se plaignait de douleurs constantes dans la fosse iliaque droite. L'appendice que je vous présente, et qui a été enlevé secondairement, était réduit à un moignon cicatriciel, placé derrière le cæcum, il était manifestement malade, et il est certain que des accidents graves auraient pu survenir, du fait de la persistance de cet appendice malade.

Je vous présente également l'observation suivante :

Observation XXVI

Il s'agissait d'un petit garçon de 12 ans, qui présentait un appendice postéro-interne, à forme méso-cœliaque, très adhérent, très difficile à extirper. Croyant avoir fait une appendicectomie correcte et complète, je refermai totalement le ventre en trois plans, et c'est seulement à l'examen minutieux de l'appendice, que je m'aperçus que cet appendice n'avait pas été extirpé en totalité, il en manquait très peu, mais il manquait un petit morceau de l'extrême pointe qui avait dû rester piqué dans le mésentère. Redoutant quelque incident, je surveillai de très près mon opéré. Les premiers jours furent parfaits et me donnèrent toute confiance, quand, le sixième jour, devant l'apparition de phénomènes péritonéaux, je me

vis obligé de rouvrir le ventre et d'établir un drainage, non seulement dans le flanc droit, et dans le pelvis, mais aussi dans le flanc gauche. Il s'était produit à bas bruit une péritonite purulente diffuse, due, sans aucun doute, à une inoculation du péritoine par le petit fragment appendiculaire détaché et, malgré tous mes efforts, le petit malade succomba le huitième jour.

Depuis, je me suis toujours attaché à extirper l'appendice en sa totalité et je n'ai plus eu d'accident semblable.

Appendicite pelvienne à rechutes. Appendicectomie à chaud

(*Société de Chirurgie de Lyon*, 14 juin 1906).

M. Vignard. — « Je viens vous présenter un malade dont l'histoire vient à l'appui des idées qui ont été déjà soutenues sur la nécessité d'enlever l'appendice dans les nabcès, toutes les fois que la chose est possible ».

Observation XXVII

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, qui eut en 1901, une première attaque d'appendicite, d'ailleurs légère.

La dernière survint en octobre 1905, elle débuta par des phénomènes péritonéaux, d'emblée très impressionnants, et par de la diarrhée.

L'enfant entra dans mon service, à la Charité, le 4 octobre, dans un état très grave.

Le ventre était ballonné, inexplorable, et on sentait dans le rectum une grosse masse, évidemment un abcès pointant dans cette région. Il fut ouvert par la voie rectale, et aussi par la voie abdominale, et un drainage fut établi de haut en bas.

Le 14 octobre, alors que tout paraissait bien aller, la température remonta à 39°, le pouls à 120, des vomissements réapparurent, et tout pouvait faire croire à une péritonite déclarée.

La plaie fut de nouveau élargie, mais rien ne permit de conclure à une nouvelle poussée péritonéale.

Les accidents cédèrent à une assez forte dose d'huile de ricin.

Le 20 novembre, on enleva le drain rectal, et la cicatrisation se fit lentement. Au début de Janvier, l'enfant quitta le service. J'eus de ses nouvelles le mois suivant, elles étaient excellentes.

L'enfant rentra dans le service, le 14 avril de cette année, avec des symptômes analogues à ceux qui l'avaient amené pour la première fois. Il présentait au voisinage du rectum, un nouvel abcès, qui s'ouvrit de lui-même par cette voie. En outre, il présentait, au voisinage de l'ancienne cicatrice, une deuxième collection purulente, qui creva et se vida sur la table d'opération, au moment même où on lavait le malade.

L'intervention consista à ouvrir de nouveau l'incision abdominale, qui conduisit dans une grande poche qui descendait jusque dans le Douglas. Au fond de cette cavité, se trouvait un gros calcul.

Décidé à lui enlever son calcul, j'agrandis l'ouverture, et, en mettant le malade en position un peu inclinée, je parvins à extraire, par la méthode sous-séreuse, un appendice de sept à huit centimètres, portant à son extrémité une petite perforation.

Les suites opératoires furent simples, et, à la date d'aujourd'hui, l'enfant peut quitter le service.

Ce cas prouve que les récidives d'appendicite sont à redouter, même lorsqu'une première crise a déterminé un très gros abcès, et que celui-ci a été largement et longuement drainé. Cela est dû à la persistance de l'appendice, dont la destruction complète est rarissime.

Enfin, comme l'avait déjà indiqué le Docteur Durand, le fait qu'une appendicite a une détermination surtout pelvienne, ne doit pas faire abandonner l'idée d'enlever l'appendice.

M. Bérard. — « A l'appui de l'observation de M. Vignard, et comme complément des faits que j'avais rapportés ici, lors de la récente discussion sur l'appendicectomie complémentaire des opérations d'appendicite avec abcès, je puis citer le cas suivant. »

Observation XXVIII

L'an dernier, j'avais opéré d'un phlegmon iliaque gangréneux, d'origine appendiculaire, avec péritonite enkystée, un jeune homme de vingt ans. Dans le pus se trouvait un calcul stercoral en noyau de cerise. A cause de la gravité du cas, je m'étais borné au drainage de l'abcès, sans chercher à enlever l'appendice. Pendant plus d'un mois, le drainage fut maintenu, ce qui n'empêcha pas, d'ailleurs, la cicatrisation de la paroi de se faire sans la moindre éventration.

Mais, après six mois de guérison apparente, de nouvelles coliques survinrent, tout à fait comparables aux premières poussées d'appendicite. Après 3 crises analogues, l'opéré vint à nouveau à l'hôpital de la Croix-Rousse demander qu'on le débarrassât définitivement de ces troubles abdominaux.

L'examen révélait dans la fosse iliaque droite une zone douloureuse à la pression, correspondant à un cordon assez net, à cheval semblait-il sur le détroit supérieur, mais non perceptible par le toucher rectal.

L'intervention permit d'extirper cet appendice, long, recourbé en arrière du cæcum, fixé près du promontoire par des adhérences anciennes. La lumière de l'appendice était libre sur toute sa longueur, mais on retrouvait nettement :

environ à un centimètre de la pointe, une cicatrice étoilée au niveau de laquelle la muqueuse amincie et la séreuse étaient adossées ; c'était la trace de l'ancienne perforation par laquelle le calcul avait pu passer dans le pus de l'abcès.

Dans ce cas, le caractère gangréneux de la première collection était typique. Et pourtant, comme la perforation s'était faite près de la pointe de l'appendice, l'organe en avait été altéré au minimum. Il faut, comme on l'a dit, pour qu'un appendice soit sclérosé ou détruit par un abcès antérieur, des conditions exceptionnelles de pus très très virulent, de sphacèle étendu sur un segment de l'appendice rapproché du cæcum, avec oblitération des vaisseaux appendiculaires. Et encore, ne peut-on rien affirmer de certain au point de vue de la destruction ultérieure.

CRISES D'APPENDICITES SURVENANT APRES OPERATION

par le Dr G. Ross

Journal de l'Académie de Chirurgie de Philadelphie 1909

(Interpréte, Sœur Madeleine de la Croix, licenciée d'anglais, ex-lectrice des universités anglaises)

Le Docteur George G. Ross rapporte que, pour un malade qui vient d'être opéré d'appendicite aiguë suppurée, et dont l'appendice n'a pas été enlevé, la possibilité et le danger d'une autre crise sont des choses sérieuses.

Actuellement, il n'est pas rare de voir de telles crises offrir dans ces cas de plus grandes difficultés pour le chirurgien et des complications plus graves pour le malade.

Dans les trois mois qui viennent de s'écouler, le Docteur Ross avait opéré trois cas semblables, tous à l'Hôpital Allemand de Philadelphie.

Dans deux de ces cas, l'indication opératoire secondaire était une nouvelle crise d'appendicite aiguë. Dans le troisième cas, l'intervention avait pour but de faire disparaître une fistule abdominale persistante.

Les détails de ces opérations étaient les suivants :

Observation XXIX

Monsieur H..., 37 ans, fait une crise d'appendicite, le 27 septembre 1907, il est soigné médicalement et, en apparence, amélioré.

Au bout de deux semaines, il évacue, en plusieurs fois, environ trois verres de pus par le rectum. Les frissons et la température vespérale persistent ainsi que l'hyperesthésie de

la fosse iliaque droite, amaigrissement de vingt kilogs pendant sa maladie.

On finit par l'envoyer à l'Hôpital, et, le 31 octobre 1907, on incise et on draine un abcès à droite du côlon ascendant, l'appendice n'est pas recherché, et le malade, après une longue convalescence, paraît retrouver la santé.

Le 23 août 1908, on l'hospitalise de nouveau à l'Hôpital Allemand.

Il accuse, depuis six mois, un malaise général et une douleur au niveau de l'ancienne incision.

L'examen clinique révèle une masse de la taille d'un poing, extrêmement douloureuse, au niveau de l'ancienne incision, laquelle avait disparu laissant une éventration.

On réalise l'excision de l'ancienne cicatrice, on ouvre le péritoine dans le sens de l'incision primitive, on clive les adhérences reliant l'intestin à la cicatrice, et on ouvre la cavité d'un abcès rétro-cæcal. On ligature l'appendice et on l'enlève. On nettoie la cavité de l'abcès, on draine et on mèche à travers la paroi antérieure.

Le malade se remet, malgré de petites complications.

Observation XXX

Monsieur C... S..., 30 ans, a été opéré, il y a trois ans, à l'Hôpital Bellevue (New-York). Sa plaie a été drainée, et on lui dit que son appendice avait été enlevé.

On l'admet à l'Hôpital Allemand de Philadelphie, le 3 août 1908.

La maladie actuelle remonte à une semaine, elle est survenue à la suite d'un écart de régime, qui a provoqué une crise diarrhéique pendant une nuit. Cette crise lui a laissé de fréquentes étreintes malgré qu'il n'évacuât que peu de matières fécales à la fois.

En même temps, se généralisait une douleur abdominale. Dans la nuit qui précéda son admission, la douleur devint aiguë et se localisa à la fosse iliaque droite. Il vomit une fois.

L'examen clinique démontra l'absence de contracture et de ballonnement.

Il y avait une masse extrêmement sensible sous l'ancienne cicatrice.

Opération en septembre 1908. On excise la cicatrice, les intestins sont protégés par des compresses intestinales, on tombe sur un abcès péri-cæcal. Le peu de pus que l'on trouve est nettoyé, et l'on trouve un appendice enflammé et nécrosé, qui est lié et enlevé.

La cavité de l'abcès est drainée et méchée, et le malade guérit sans complication.

Observation XXXI

C... G..., 24 ans, fut opéré fin novembre 1907 d'appendicite aiguë. La maladie remontait à trois jours, lors de son admission. Il avait été soigné par un pharmacien, à l'aide de purges.

A l'intervention, on ouvre et on draine un abcès contenant un pus extrêmement fétide.

L'observation relate que l'appendice gangrené est trouvé dans un clapier et enlevé. Le fait intéressant est que l'on put éviter l'occlusion que l'on redoutait du fait des adhérences rétractiles, par des doses répétées et quotidiennes d'huile de foie de morue.

Depuis l'intervention, le malade a fait une fistule, pour laquelle on st intervenu en juin 1908. A cette intervention, après avoir placé une sonde cannelée dans le trajet, on excisa l'ancienne cicatrice, et l'on sépara les adhérences intestinales. On découvrit que la fistule communiquait avec la lumière d'une portion restante d'appendice de 2 centimètres de long. Cette portion d'appendice fut enlevée, on introduisit un petit drain, et la plaie fut refermée.

Le malade guérit sans complications, et la fistule ne reparut plus.

Le Docteur Ross ajoute que les cas cités devraient attirer l'attention de nos recherches sur différents points :

1° - la possibilité de rechûte après simple ouverture et drainage d'un abcès appendiculaire.

2° - la nécessité d'enlever l'appendice dans le cas où les troubles généraux sont marqués.

3° - l'importance d'une opération avant que les troubles à point de départ appendiculaire ne se généralisent.

Possibilités de rechûte. — Il n'y a aucun doute que, tant qu'un fragment d'appendice demeure en communication avec le cæcum, les rechûtes sont à craindre. Pourrions-nous dire que, dans n'importe quel cas, il nous sera facile de déterminer si l'on peut se contenter d'évacuer l'abcès, ou continuer nos recherches vers l'appendice ? Ceci est manifestement impossible.

M. F. Prèves constate que, sur 100 cas d'interventions pour abcès appendiculaire qu'il eût à observer, 16 seulement n'eurent pas de rechûtes et 8 présentèrent une exsudation de la fosse iliaque droite d'origine appendiculaire.

Par conséquent, il y eut donc des rechûtes après intervention, et, tandis que cet auteur distingué constate que, sur cent malades opérés par simple drainage, 24 n'eurent pas de rechûte, je ferai remarquer et appuierai sur le fait que 76 pour cent eurent réellement des rechûtes.

Il n'est pas dit non plus qu'un des malades qui n'a pas eu de rechûte soit à l'abri, à brève ou à longue échéance, d'une rechûte d'appendicite.

Il nous est presque impossible de décrire l'obsession que doit être, pour un tel malade, la crainte d'un nouvel accident.

C'est seulement dans les cas où l'appendice s'est nécrosé et est réellement devenu partie intégrante de la masse purulente de l'abcès, que la rechûte est improbable, et encore, sommes-nous incapable de reconnaître ces appendices là à l'opération, à moins que nous ne cherchions attentivement le cæcum afin d'examiner de près l'insertion de ces appendices.

Par deux fois, en faisant de telles recherches, j'ai découvert dans le cæcum un trou par où l'appendice s'était éliminé. Plusieurs fois, en recherchant un appendice, on a découvert des collections de pus isolées et inattendues.

Il n'est pas nécessaire non plus que l'appendice entier soit présent pour avoir une réapparition des anciens troubles, on a vu des exemples de kystes et d'infections de moignons appendiculaires, et M. Prèves dans sa série de cent cas en trouva deux dans lesquels les troubles concomittants étaient dûs à un très petit fragment d'appendice.

Il peut arriver qu'on laisse l'appendice de deux façons

1° - soit par faute de technique de l'opérateur (c'est, sans aucun doute, une chose rare, en particulier aux mains de celui qui a eu l'avantage de l'observation avant l'intervention).

2° - après l'ouverture de l'abcès appendiculaire, il peut arriver qu'on enlève l'appendice nécrosé, et qu'on en laisse un fragment en place par inadvertance.

Pour aussi invraisemblable que cela puisse paraître, c'est pourtant l'illustration de l'observation N° XXXI.

D'autre part, tandis que le bout distal de l'appendice peut être libre, le bout proximal peut être la cloison de l'abcès auquel l'opérateur n'a pas osé toucher.

S'il arrive que l'appendice nécrosé n'existe plus, l'examen du cæcum révèle souvent le fait que la ligne de séparation est à quelque distance de celle de l'union du cæcum et de l'appendice, et que, par conséquent, on laisse un moignon considérable qui doit être enlevé postérieurement. C'est le cas d'un exemple rencontré par un confrère, le Dr Whiting.

Dans un cas qu'il opérait le troisième jour de la crise, l'extrêmité distale entière de l'appendice était réduite à un petit cordon blanc, tandis qu'un moignon proximal était laissé en place, la lumière étant obturée par la sclérose cicatricielle qui s'était produite.

Quant à des segments appendiculaires guéris si spontanément, nous savons aussi qu'ils peuvent rester sans danger et garder leur intégrité pendant des périodes indéfinies, et que leur réinfection et inflammation peuvent donner naissance à des attaques et à des lésions exactement semblables à celles d'une appendicite aiguë.

Williams, dans le « British Medical Journal » a cité récemment le cas curieux d'inflammation aiguë d'un appendice entièrement séparé du cæcum, causant une appendicite typique.

Les lésions auxquelles nous pouvons nous attendre provenant des « appendices restants » ou plutôt les processus pathologiques auxquels ils peuvent donner lieu, peuvent être classés comme suit :

1° - Appendicite aiguë avec ou sans abcès.

2° - Continuation de l'affection primitive, ou abcès résiduel.

3° - Fistule.

Un appendice restant, après opération pour abcès, est en quelque sorte moins susceptible de donner une crise d'appendicite qu'un appendice que l'on n'a pas opéré lors d'une attaque légère. Bien que la possibilité de rechûte ne soit pas définitivement écartée.

Comme on pouvait s'y attendre dans des cas où il y avait déjà eu beaucoup de dommages causés à la structure de la fosse iliaque droite, la formation d'abcès, dans des cas, a été fréquente.

L'observation XXX déjà citée, est un exemple de cette classe.

Voici un homme qui, après intervention pour appendicite aiguë, jouit, depuis trois ans, d'une parfaite santé, qui redevient sujet à une autre attaque aiguë avec formation d'abcès, ou une infection dans laquelle une formation purulente progressive se constitue.

Dans une affection récente, ou une infection dans laquelle il n'y a jamais eu arrêt définitif de la marche de l'inflammation appendiculaire, on voit apparaître un abcès, comme dans le cas de l'observation XXIX.

Quant aux symptômes, ce sont ceux de la formation lente d'un abcès avec infection atténuée, par opposition aux signes aigus de la deuxième catégorie.

En ce qui concerne les conditions pathologiques de l'appendice dans l'abdomen, et leur traitement, elles ne varient en rien de celles de la première catégorie.

Dans la troisième catégorie, qui comprend les cas de fistule, nous pouvons avoir également deux variétés :

a) ceux dans lesquels la portion, ou les moignons d'appendice, agissent solitaires comme un irritant, en gardant ouvert un trajet de fistule.

b) ceux dans lesquels la fistule communique avec la lumière de l'appendice, soit avec l'appendice proprement dit ou avec un segment d'appendice nécrosé, comme dans le cas rapporté par le Docteur Deaver.

Il n'est pas toujours possible d'affirmer que l'appendice qui est dessous est la cause de la fistule qui persiste, dussions-nous exclure la possibilité de la présence d'un catgut. Mais il est plus probable que la fistule vient, du fragment d'appendice enflammé par la présence de concrétions fécales.

Il n'y a que quelques exemples où nous puissions voir un trajet ou une fistule de longue durée, pour lesquels quelque cause de ce genre n'est pas démontrable à l'opération.

Le traitement de telles infections à répétition, d'abces résiduels ou de fistules, est basé sur un principe général : enlever la cause primitive du trouble, et réparer le dommage provoqué par cette cause.

Les opinions des chirurgiens ont grandement différé quant aux voies d'accès, à la méthode d'incision, de drainage et de traitement post-opératoire. Les opinions diffèrent également quant aux procédés opératoires dans ces différents cas.

Parmi beaucoup de chirurgiens, l'opinion est que la simple évacuation d'un abcès appendiculaire remplit toutes les indications de ces cas, et que le traitement d'un cas est celui que l'on peut appliquer à un abcès chaud de n'importe quelle partie du corps.

C'est une méthode beaucoup plus en honneur sur le continent européen, et en particulier en Allemagne, que parmi les chirurgiens Anglais et Américains. M. Bottle a récemment préconisé l'opération secondaire, afin d'enlever l'appendice, avant que la malade ne quitte le service. D'autres, comme le Docteur Morris de New-York, parlent d'enlever l'appendice dans tous les cas, sans s'inquiéter de l'emplacement et des rapports de ce dernier avec la cavité de l'abcès.

La grande majorité des chirurgies, à l'heure actuelle, ont pris position avec le Docteur Deaver. Ce dernier conseille d'enlever l'appendice chaque fois que sa situation dans l'abcès permet de le faire, sans risquer de propager l'infection à tout le péritoine.

Comme on le verra, le sens de cette assertion varie suivant le chirurgien qui l'applique. Dans l'esprit du Docteur Deaver, l'incision et le drainage de l'abcès appendiculaire représente l'intervention la moins satisfaisante de toutes les

interventions pour appendicite aiguë. Opérer dans ces conditions d'infection, et laisser la cause de l'infection « in-situ », est opposé à tous les principes fondamentaux de la chirurgie. Faire une première incision, suivie d'une intervention secondaire pour enlever l'appendice est non moins décevant.

En règle générale, on ne peut pas persuader les malades de retourner se faire opérer lorsqu'ils se portent bien, même s'ils savent qu'à n'importe quel moment, ils peuvent faire une crise grave.

L'intervention secondaire, expose aussi le malade à deux anesthésies et à l'ennui d'une nouvelle opération. Ce n'est pas tout, il y a encore, au lieu d'un appendice libre ou couvert d'adhérences récentes qui pouvent être facilement clivées, un appendice caché et couvert d'adhérences souvent si épaisses que l'ablation de l'organe devient une intervention chirurgicale d'une plus grande difficulté, et réellement dangereuse.

On doit prendre une décision, et distinguer entre ceux qui voudraient toujours enlever l'appendice, et ceux qui conseillent son ablation comme une règle, mais ne regorgent pas le fait de le laisser comme une chose importante.

Le Docteur Ross ne voulait pas dire que l'appendice devait être enlevé dans tous les cas, mais son expérience des cas à répétition qu'il a opérés lui-même, et d'autres qu'il avait observés, le conduisait à croire que les cas dans lesquels il ne faut pas enlever l'appendice sont très rares en vérité.

« Les chirurgiens ont eu trop peur de partir à la chasse de l'appendice dans l'abdomen en présence de petites quantités de pus, trop portés à hésiter à enlever un appendice parmi ses propres adhérences ou à l'intérieur de la paroi d'un abcès.

Laisser l'appendice dans un cas aigu avec abcès, est une chose extrêmement grave. Un tel procédé incomplet débarrasse simplement le malade des symptômes aigus, mais l'on ne devrait être satisfait que lorsque l'organe en cause se trouve dans un flacon d'alcool ». Tant que cet heureux évènement n'est pas arrivé, les jours du malade demeurent en danger. Le Docteur Boss avait laissé un appendice en place une seule fois pendant deux ans. Au bout de deux ans, il fallut l'enlever. Il n'eut pas un seul cas où il ne fallut enlever secondairement l'appendice.

Mais il reste un autre point de vue ; alors qu'on est obligé de réopérer des abcès appendiculaires, il ne devrait jamais y avoir aucun abcès, car une appendicite diagnostiquée et opérée à temps ne peut donner lieu à aucune des complications que le délai fait naître.

L'opération devrait suivre le diagnostic immédiatement, et il n'en résulterait que des cas simples, sans drainage, sans

complication et sans mortalité. Malheureusement, nous sommes bien loin de cette réalisation. Quelquefois, il semble même que nous en soyons encore au stade préchirurgical, quand on estimait que l'évacuation d'un abcès appendiculaire par l'intestin était un évènement heureux.

Pour le commun des mortels, le mot appendicite est aujourd'hui synonyme d'opération. Où donc est la faute ? Comment expliquer le grand pourcentage d'abcès appendiculaires que nous rencontrons ?

Sur 194 cas d'appendicite aiguë enregistrés sur le protocole opératoire de janvier à septembre 1909 à l'Hôpital Allemand, il n'y a eu que 79 cas, soit 40 pour cent environ, qui furent des cas pris à temps. Sur 23 cas que Ross opéra à cet hôpital, 10 seulement furent des cas simples qu'il put fermer sans drainage.

Depuis le 1er janvier 1907, Ross avait opéré 161 cas d'appendicite, 100 à l'Hôpital Allemand, 56 au Germantown Hospital, et 5 dans d'autres institutions. Parmi eux, 105 furent des cas simples qui furent refermés sans drainage (que l'on ait eu affaire à des cas chroniques ou aigus). Il y eut un cas de décès ; le malade était un israélite qui avait, en plus de son appendicite, une adénopathie haut située de la chaîne lymphatique mésentérique. Après l'opération, il fut extrêmement agité, fit du délire et des convulsions, et mourut promptement dans la cachexie. L'autopsie partielle ne révéla rien qui ait pu déterminer la mort au niveau de l'intervention. L'adénopathie n'était pas maligne, mais probablement tuberculeuse.

56 cas relevèrent du drainage pour collection purulente, ou péritonite localisée ou occupant la cavité péritonéale tout entière.

Aussi loin que les rapports le constatent, il n'y eut qu'un cas dans lequel l'appendice ne fut pas enlevé. Cet homme avait été opéré, un an auparavant à l'Hôpital Bellevue de New-York, et transporté à l'Hôpital Allemand, en septembre 1907, avec un abcès à symptomatologie très accusée de la fosse iliaque droite, qui fut ouvert en dehors du péritoine, par une incision parallèle et au dessus du ligament de Poupart.

Il guérit et fut mis « exéat » 19 jours plus tard.

Sur 4 cas de décès, deux moururent de péritonite généralisée septique déjà très marquée avant l'intervention, et qui ne s'améliora pas. Un autre mourut dans la salle d'opération d'œdème aigu septique du poumon. Le dernier était un cas d'abcès localisé de la ligne médiane.

La pression de la collection avait causé une occlusion complète du rectum. Les alentours de l'abcès étaient nécrosés

par compression des vaisseaux. La maladie remontait à quatre semaines.

Pour aussi loin qu'on puisse remonter pour rechercher la cause des trois cas de péritonite, il s'agissait d'une infection de l'espace rétro-péritonéal.

Mortalité totale : 2,4 pour cent.

Dans les cas qui n'avaient pas été drainés, la mortalité fut de 0,9 pour cent.

Dans les cas de drainage pour péritonite généralisée, la mortalité fut de 5,3 pour cent.

Le Docteur John J. Jopson mentionnait trois cas de cette sorte, espacés de quelques mois.

Un de ces cas est un malade que le Docteur H. Arton opérait avec l'aide du Docteur Jopson.

Les deux autres cas étaient ses propres opérés.

Ces trois cas affirment l'absolue nécessité d'enlever l'appendice dans tous les cas d'abcès.

Le Docteur Jopson se rappelait aussi de deux cas dans lesquels il ne put enlever l'appendice. Dans l'un, un examen soigneux du cæcum montra que l'appendice avait été éliminé, dans l'autre on n'en trouva pas trace.

Dans un de ses propres cas, il s'agissait d'un enfant ayant subi une intervention avec drainage ; un an ou deux auparavant. Il fit encore un deuxième abcès au moment où l'appendice fut enlevé, et, un troisième abcès après l'ablation.

Il lui a toujours semblé qu'ouvrir un abcès et laisser l'appendice était un procédé insuffisant, et une chirurgie incomplète. Il avait acquis la notion que, dans les cas où il enlevait l'appendice pour abcès appendiculaire, il trouvait des poches de pus en arrière et autour de l'appendice.

On entend beaucoup moins, à l'heure actuelle, exprimer l'avis de laisser un appendice qui est devenu partie intégrante de la paroi de l'abcès. Il est beaucoup moins dangereux d'enlever l'appendice après protection soigneuse du péritoine pariétal, que de le laisser, et courir le risque d'y revenir pour d'autres collections purulentes.

Observation XXXII

(personnelle)

Appendicite aiguë, abcès appendiculaire, abcès du cul de sac de Douglas, colpotomie, péritonite appendiculaire, appendicectomie, guérison.

Je suis appelé, le 8 octobre 1943, pour faire une application de forceps à une parturiante, Mme F..., 25 ans, dont les

efforts d'expulsion restent sans effet ; les muscles abdominaux ne se contractant pas.

A l'inspection, la malade présente deux énormes cicatrices abdominales, l'une de laparotomie oblique droite de Mac Burney, et l'autre est une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

L'interrogatoire de la malade me permet de noter les faits suivants.

En novembre 1934, Mme F... entre à la Clinique de Bonneveine, elle souffre, depuis la veille au soir, de douleurs abdominales droites, dans la région de Mac Burney, accompagnées de plastron abdominal de l'hypochondre droit, accompagné de vomissements et d'arrêt des matières et des gaz.

Depuis quatre ans, la mlade avait, plusieurs fois par mois, des crises douloureuses abdominales, mais sans vomissements.

Intervention d'urgence — on tombe sur un volumineux abcès appendiculaire contenant du pus fétide, on draine, on enlève un appendice turgescent et purulent qui se déchire, et on croit cependant avoir enlevé l'appendice en totalité.

La plaie suppure pendant 21 jours. La température remonte le vingt-et-unième jour, au moment où la plaie est presque fermée, en même temps, on note une reprise de violentes douleurs abdominales généralisées. Le toucher vaginal révèle une grosse masse douloureuse dans le cul de sac de Douglas.

On pratique alors une colpotomie, qui permet d'évacuer une grande quantité de pus fétide. On mèche et on draine. Tout rentre dans l'ordre au quinzième jour, et, quarante jours après, la malade quitte la clinique.

Pendant les quatre ans qui s'écoulent, de 1934 à 1938, la malade accuse de vagues douleurs dans tout l'abdomen.

En juillet 1938, apparition de violentes douleurs abdominales, avec température, défense abdominale généralisée, arrêt des matières et des gaz.

On réalise d'urgence une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, et on découvre, au milieu de nombreuses adhérences, des clapiers purulents disséminés. On clive les adhérences, et on arrive à extérioriser le cæcum, ce qui permet de voir un fragment appendiculaire purulent et en voie d'histolyse. Ablation du fragment, on mèche et on draine, on referme partiellement. La suppuration tarit en quinze jours, la malade guérit en trente jours.

Depuis, son état général est excellent.

CHAPITRE III

Conditions Pathologique et évolution de l'appendice laisssé "IN-SITU"

Le chapitre que nous allons maintenant traiter, sera court, puisque nous avons déjà eu l'occasion d'en discuter les grandes lignes, au cours des exposés de Messieurs Desjacques, R. Arnaud, Denis, Perrin, Chalier, Patel, Vignard et Bérard, à la Société de Chirurgie de Lyon ; P. Kempeneers à la Société Belge de Chirurgie ; et Ross à l'Académie de Chirurgie de Philadelphie.

Nous étudierons cependant en nous appuyant sur les faits cliniques et anatomo-pathologiques que nous avons pu recueillir dans les observations qui précèdent, l'évolution bio-pathologique des « appendices restants », ainsi que les lésions anatomiques qui les entourent, et trahissent la souffrance de l'organe enflammé.

Dans les pages qui précèdent, nous avons avancé que l'appendice ayant présenté des poussées inflammatoires aiguës ou suraiguës, après avoir repris pendant quelque temps une vie normale, pouvait être le siège d'une nouvelle poussée inflammatoire l'amenant de nouveau à un état aigu ou suraigu, et cela dans la majorité des cas.

Lorsque, comme ce fut le cas dans vingt des observations qui précèdent, on fait une intervention pour appendicectomie, sur un sujet ayant présenté antérieurement un abcès appendiculaire, on constate que, si l'intervention a lieu environ trois mois après la guérison de l'abcès, et s'il n'y a pas eu de nouvelles poussées inflammatoires sérieuses :

1° - l'appendice paraît normal, plus ou moins flexueux, d'aspect lisse, de coloration gris-rosé, de consistance ferme et élastique.

La cavité centrale en occupe toute la longueur, et paraît de calibre normal, renfermant un peu de mucus produit par la sécrétion de sa tunique interne.

2° - le meso est parfaitement constitué, il est mince, souple, bien vascularisé, sans hyperhémie, sans granulations, sans rétraction, et sans adhérences, ou avec adhérences laches.

En résumé, au point de vue macroscopique, pas de trace d'inflammation persistante, pas d'hyperhémie, pas de congestion des vaisseaux, pas de rétraction de l'appendice ou du méso, pas d'exsudation séreuse dans le péritoine.

Ces faits sont appuyés et démontrés par notre observation XXII. En effet, voici un enfant de douze ans, qui a été opéré pour un volumineux abcès appendiculaire et présente, quatre mois plus tard, au moment de sa réintervention pour appendicectomie, un appendice macroscopiquement normal.

En somme, l'appendice semble avoir repris toutes ses connexions anatomiques normales, et semble être redevenu normal.

Cependant, il n'en est pas ainsi, au sein même de l'appendice, et l'examen anatomo-pathologique de cet organe, prélevé au cours d'une intervention secondaire, pendant une phase sans manifestations cliniques, nous montre (comme c'est le cas dans notre observation XXII) une inflammation folliculaire de type subaigu, avec, par places, des poussées aiguës à polynucléaires dans la muqueuse et la sous-séreuse ; ainsi qu'une réaction de péritonite plastique, mais aucune lésion scléreuse cicatricielle.

Il semble donc que l'inflammation, après avoir atteint un maximum correspondant à la crise avec abcès appendiculaire, s'atténue, et que les lésions appendiculaires et péritonéales entrent dans une phase de régression.

Mais cette phase de régression des lésions et de sommeil de l'inflammation n'est qu'illusoire et semble être de courte durée.

Comme nous le prouvent les examens cliniques et les examens histologiques « le feu couve sous la cendre et n'attend qu'une occasion pour se rallumer » ; cette occasion pouvant être une affection quelconque, dont le foyer est parfois fort éloigné du foyer appendiculaire, ou une cause exogène quelconque, traumatisme par exemple.

En définitive, tout se passe comme si l'inflammation suivait une courbe géométrique présentant une dépression entre deux sommets. Les maximums représentant chacun une crise appendiculaire, et le minimum, cette phase de repos ou de régression qui n'excèderait pas quelques mois. En effet, au cours des observations qui précèdent, la première crise a été suivie de guérison puis on a vu apparaître une nouvelle crise,

et, le laps de temps écoulé entre la première et la deuxième crise a varié entre un mois et vingt mois ; mais n'a jamais dépassé vingt mois. Dans un seul cas cependant, cas cité par Monsieur le Professeur Fiolle, la rechûte a eu lieu au bout de onze ans.

Dans quelques cas cependant, l'appendice en cause a pu être complètement nécrosé, depuis la pointe jusqu'à son implantation sur le cæcum, et éliminée en partie avec le pus de l'abcès, comme c'est le cas dans notre observation X, prise dans le service de Monsieur le Professeur Moiroud ; où, sur un homme jeune réopéré pour ablation d'un appendice ayant produit, quelques mois auparavant, un abcès appendiculaire, on note, à l'intervention secondaire, l'absence de l'appendice, qui a probablement été éliminé, avec le pus de l'abcès, au moment de la première intervention.

Mais ces faits de nécrose appendiculaire, allant jusqu'à l'élimination spontanée de l'organe, avec le pus de l'abcès, restent, néanmoins, excessivement rares ; en général, l'appendice demeure, et la rechûte est la règle. C'est d'ailleurs l'avis du Docteur G. Ross, dans son exposé devant l'Académie de Chirurgie de Philadelphie « c'est seulement dans les cas où l'appendice s'est nécrosé et est réellement devenu partie intégrante de la masse purulente de l'abcès, que la chûte est improbable, et encore, sommes-nous incapables de reconnaître ces appendices-là à l'opération, à moins que nous ne cherchions attentivement le cæcum, afin d'examiner de près l'insertion de ces appendices. Par deux fois, en faisant de telles recherches, j'ai découvert dans le cæcum un trou par où l'appendice s'était éliminé. Plusieurs fois, en recherchant un appendice, on a découvert des collections de pus, isolées et inattendues ».

En règle générale, les éliminations d'appendices nécrosés, avec le pus de l'abcès sont très rares, et les auteurs lyonnais, sont d'accord sur ce point que, pour qu'un appendice s'élimine avec la collection purulente, « il faut que, l'organe se trouve dans des conditions exceptionnelles de pus très virulent, de sphacèle étendu sur un segment de l'appendice rapproché du cæcum, avec oblitération des vaisseaux appendiculaires ». Ces conditions ne sont, en général, pas remplies, et le Docteur André Bruyère, dans sa thèse (Lyon 1931) constate, à propos d'une de ses observations (voir observation XVI) « c'est un exemple de plus que, même avec un gros abcès appendiculaire, l'appendice n'est pas détruit ».

Par conséquent, dans les cas d'abcès appendiculaire, l'appendice demeure en totalité ou en partie, et la rechûte devient possible.

Si nous examinons de près les observations qui précèdent, en essayant de les classer, nous nous apercevons que, sur les trente-deux cas sur lesquels nous appuyons notre thèse, nous trouvons :

— 20 cas de malades ayant été réopérés pour rechute d'abcès appendiculaire.

— 4 cas de malades ayant subi une réintervention pour réapparition de douleurs abdominales.

— 3 cas de malades réopérés pour fistules persistantes, communiquant avec un abcès appendiculaire.

— 1 cas réopéré pour crise appendiculaire, et dans lequel l'appendice séparé de ses connexions cœcales, menait cependant une vie normale.

— 1 cas dans lequel l'intervention secondaire avait été indiquée par une brusque occlusion.

— et enfin, 2 cas de décès produits par une suppuration secondaire appendiculaire, ayant déterminé une péritonite généralisée.

Par conséquent, sauf dans cinq cas où le malade a été réopéré pour douleurs abdominales vagues, ou pour fistules persistantes, tous les autres cas ont été réopérés parce que le malade a fait de nouvelles crises.

Le rapport du Docteur Ross vient à l'appui de ces faits, et nous fait connaître que, sur cent cas d'abcès appendiculaires opérés, seize cas seulement n'eurent pas de rechûte, et encore rien ne prouve que ces seize malades n'aient pas eu de rechûte depuis.

Les observations qui précèdent montrent également que la rechûte se fait exactement comme une nouvelle crise. En effet, sur les 32 observations qui précèdent, nous trouvons 32 cas de réintervention, dont 27 pour crise appendiculaire dont l'évolution s'est faite exactement comme une première crise, et cela, qu'il se soit agi d'un appendice restant en totalité, en partie seulement, ou d'un simple fragment appendiculaire.

Enfin, il y a lieu de signaler ici que, dans un certain nombre des cas que nous avons cités, la seconde poussée inflammatoire a été plus grave que la première. Notre observation XXII en est un exemple. Tandis qu'à la première crise, le malade présentait : une douleur de la fosse iliaque droite, de la défense abdominale, du tympanisme et de l'hyperesthésie cutanée ; il présentait à la deuxième crise : des douleurs violentes dans le bas-ventre, accompagnées de contracture de la fosse iliaque gauche, de tympanisme, en même temps que de la disparition de la matité hépatique et un arrêt complet des matières et des gaz. Un faciès grippé assombrissait encore le tableau, et on se voyait obligé de compléter l'appendicectomie par une cœcostomie quelques heures plus tard.

Il en est de même dans notre observation XXXII.

Ross pense que la rechûte, si elle offre de plus grandes difficultés pour le chirurgien, offre, du même coup, une plus grande gravité pour le malade.

Ce sont tous les faits que nous venons de présenter qu'il importe de bien connaître, et, le Docteur Denis, dans son exposé à la Société de Chirurgie de Lyon, s'exprime ainsi : « Si nous avions connu, à ce moment, les accidents tardifs occasionnés par les appendicectomies incomplètes, nous eussions pensé immédiatement à eux, après cette appendicectomie difficile et fragmentaire. Cela nous eut évité bien des soucis, et eut été salutaire à notre malade.

« On a prétendu que, dans les abcès appendiculaires graves, point n'était besoin d'opérer, la crise passée, pour enlever l'appendice qui a pu être sectionné et détruit par le sphacèle de ses parois. C'est une chance à courir ; mais mieux vaut réopérer, car tous les faits que nous venons de citer plaident en faveur d'une appendicectomie secondaire, dans les cas où l'appendice n'a pu être enlevé, au cours d'une intervention à chaud ».

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

Des faits qui précèdent, nous pouvons tirer deux sortes de conclusions : des conclusions d'ordre général, et des conclusions d'ordre thérapeutique.

CONCLUSIONS GENERALES

1° - Le fait d'avoir subi une intervention chirurgicale péritonéale pour abcès appendiculaire, n'empêche pas l'appendice de reprendre une vie normale.

2° - Dans la majorité des cas, l'appendice laissé en place, après être demeuré quelque temps en sommeil, est en général le siège d'une nouvelle poussée inflammatoire, et l'on peut dire : « lorsqu'un appendice a été le siège d'une inflammation « aiguë, ayant amené la formation d'une collection puru- « lente, et que l'organe a dû être laissé en place au cours de « l'intervention, la rechûte est la règle, la guérison définitive est l'exception ».

3° - La nouvelle poussée inflammatoire se fait exactement comme une nouvelle crise.

4° - La gravité de la rechûte augmente en fonction du nombre de rechûtes ; la deuxième poussée inflammatoire est, en général, plus grave que la première.

CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES

1° - Lorsqu'on se trouve en présence d'une appendicite aiguë avec abcès appendiculaire, si l'organe en cause n'a pu être recherché, et a dû être abandonné en totalité ou en partie dans la cavité abdominale, il faut drainer, et drainer aussi largement que possible, jusqu'à ce que toute exsudation purulente ait disparu.

3° - La première crise passée, et la première intervention passée, il faudra, dans l'intérêt même du malade, conseiller une intervention secondaire, afin de rechercher et d'enlever l'appendice ou le moignon appendiculaire laissé en place.

4° - Enfin, cette intervention secondaire ne devra pas être tentée trop précocement, afin de permettre la répression de la poussée inflammatoire dont l'organe a été le siège, et qui augmenterait considérablement les dangers opératoires.

Le Doyen :
L. CORNIL.

Le Président :
FIOLLE.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 22 octobre 1943
Le Recteur :
P.-E. GAU..

Bibliographie consultée

BAILLEUL. — Considérations sur le diagnostic précoce de l'appendicite et son traitement après 48 heures (*Thèse*, Lille, 1932-1933)

J. BERGER et ROGER-SIMON. — Evolution vers la résorption d'un appendice amouté spontanément et baignant dans un abcès.

BEYLOT et BEAUDRIMONT. — Manuel théorique et pratique d'histologie.

C.F. BIANCHETTI. — Appendicite flemmonosa recidiva e megacolon inversamento disposo in giovane con ano vaginale (*Boll. e mem. Soc. Piemontese di Chir.* 8, 883-890, 1933).

BIRT. — La pathogénie de la récidive de l'attaque d'appendicite. (*Archiv. fur. cliniché chirurg.* N° 4, 10 nov. 1933).

BLACK. — Contrôle de 340 cas d'appendicite aiguë. (*British Méd. Journ.* N° 3755, 24 déc. 1932).

A.-J. BROWN. — Appendicitis recurring in stump after operation (*Med. Rec. N. Y.* 1917).

A. BRUYÈRE. — Appendicites aiguës. (*Thèse*, Lyo,n 1925.)

F. CARINI. — Appendicectomia per colica appendicolare ricorrente. (*Gazz. Med. Lomb.* Milano, 1908).

L. DEVÈZE. — Appendicite à répétition avec menace de perforation. (*Bull. et Mém. Soc. Anat.* Paris, 1908).

DESJACQUES, R. ARNAUD, DENIS et CHALIER. — Appendicite aiguë à rechûte après appendicectomie incomplète. (*Lyon Chirurgical*, Janvier-Février, 1943).

DUFOUR. — Traitement de l'appendicite aiguë. (*L'Hôpital*, N° 322, Nov. 1932, C. A.).

R.E. FORT. — Recurrent appendicitis abcess and bowel obstruction (*South Prat. Nashville*, 1910).

F.-T. HULEN. — An attempted self-operation for the relier or recurrent appendicitis. (*Railway Surgical. Journal*, Chicago, 1915-1916).

P. KEMPENEERS. — Récidive d'appendicite sur moignon appendiculaire. (*Soc. Belge de Chir.*, Séance du 31 mars 1928. *Annales de la Soc. Belge de Chir.*).

P. MASOTTI. — Di un caso di appendicitè ricorrente riacutizzato susseguente a travaglio di parto. (*Riv. Veneta di Soc. Med.* Venezia, 1913).

R. MONOD. — La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire.

R. Morison. — Simple relapsing appendicitis in a boy, diarrhea a symptom, operation after second attack. (*Northumberland and Durham Medical Journal*, Newcastle upon Tyne, 1896).

R. Peterson. — Recurrent attacks of appendicitis, tumor composed of omentum appendix, cæcum and ileon, resection of cæcum, and to side anastomisis-ricovery. (*Physician and Surgical, Detroit Ann. Arbor.* 1908).

Peyronel. — Contribution à l'étude du choix de l'intervention dans les appendicites aiguës. (*Thèse*, Toulouse, 1932-1933).

G.-G. Ross. — Recurrent acute appendicitis after operation. (*Tr. Philadelphie Acad. Surg.* 1909, 180-188).

Saint-Louis. — Appendicite aiguë. (*Annals of Surgery*, T. 96, N° 4, Octob. 1932, p. 530).

Schipley et Bailey. — Traitement de l'appendicite compliquée de péritonite. (*Annals of Surgery*, T. 96, N° 4, Oct. 1932, p. 537).

Testut et Latarjet. — Anatomie humaine, Tome 4, p. 409.

S. M. Ujival. — Recurrent appendicitis with large cæcal concretion-case. (*Indian Med. Gaz.* cb, ft-fc, *Rev.* 1932).

Vignard. — Appendicite pelvienne à rechûtes, appendicectomie à chaud. (*Bull. Soc. Chir. de Lyon*, 1906, N° 6, 222-224).

Perrin, Challier et Patel. — Appendicectomie à chaud, incomplète Accidents aigus secondaires. (*Lyon Chirurgical*, 1925, p. 84-87. Séance du 30 octobre 1924).